

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

189

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 février 1904, à 1 heure

Par J. P. E. FAUVEL

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS CÉRÉBRAUX D'ORIGINE OTITIQUE

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : } MM. POZZI, professeur.
 } MARION et AUVRAY, agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	N....
Clinique médicale.	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUD.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPARSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER et FARABEUF.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMLIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DEGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGRY	des trav. anat.)	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERGER

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153322_0059

AVANT-PROPOS

Les abcès du cerveau d'origine otitique que nous aurons en vue dans cette étude ont donné lieu à de nombreux travaux surtout en ces dernières années. Une connaissance meilleure des suppurations de l'oreille, des procédés opératoires plus perfectionnés ont permis d'étudier avec plus de fruit cette branche importante de la chirurgie cérébrale.

Nous exposerons tout d'abord l'histoire anatomique et clinique de ces abcès pour insister ensuite davantage sur les procédés opératoires actuellement employés, particulièrement sur ceux de MM. les D^{rs} PICQUÉ et MAUCLAIRE auxquels nous devons les éléments de cette étude. Qu'il nous soit permis ici de leur témoigner toute notre reconnaissance pour les bons conseils qu'ils nous ont toujours prodigués.

M. le professeur BERGER nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il daigne agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

CHAPITRE I

Etiologie. Pathogénie.

La fréquence de ces abcès est assez grande. Si dans les anciennes statistiques de Lebert, Meyer, Ogle ils n'entrent que pour $1/4$ dans le nombre des suppurations cérébrales, nous les voyons monter à $1/3$ dans celles de Gull et Sulton, de Ball, de Krishaber. Pour Barker (1887) leur fréquence serait de 30 à 50 0/0. Shwartz et Th. Barr donnent les mêmes chiffres.

ETIOLOGIE. — L'âge tout d'abord semble jouer un rôle dans leur production. Dans une statistique que nous empruntons au mémoire de Picqué et de Février nous trouvons sur 21 cas :

Dans les 10 premières années	4 cas
de 10 à 20 ans	4 —
de 20 à 30 ans	8 —
de 30 à 40 ans	1 —
de 40 à 50 ans	3 —
de 50 à 60 ans	1 —

Bezold donne comme proportion :

70 0/0 pour les adultes.

30 0/0 pour les enfants.

Menière (*in Compte rendu des travaux de la section d'otologie du treizième Congrès International de médecine*, Paris 1900, page 378) signale leur extrême rareté chez les jeunes enfants.

De plus, et c'est un fait admis par nombre d'auteurs, les abcès cérébelleux seraient plus fréquents chez l'adulte que chez l'enfant. Le sexe ne joue également aucun rôle. Korner cependant admet que ces abcès sont deux fois plus fréquents chez l'homme.

Nature de la lésion auriculaire qui leur donne naissance. — Un point plus important est la nature de la lésion qui leur donne naissance.

Tous les auteurs sont d'accord pour incriminer dans la presque totalité des cas *l'otite moyenne chronique* mais on peut les rencontrer également dans les otites moyennes aiguës, et Broca en a rapporté un beau cas guéri par la trépanation. La cause de l'otite importe peu du reste. Les statistiques sont muettes sur la fréquence plus grande des abcès dans l'otite grippale, scarlatineuse, rubéolique ou de toutes autres causes. Cependant les otites chez les diabétiques se compliquent fréquemment d'abcès du cerveau. D'après Lannois, ces otites s'accompagnent d'une nécrose rapide et étendue d'où le nom que Wolff leur avait donné : « otites media diabetica seu necroticans ».

Moure au Congrès international de Londres en a rapporté deux belles observations.

Schnœbele à Lyon, leur a consacré une importante thèse.

Les lésions du conduit auditif externe et principale-

ment l'inflammation de ces groupes de cellules, situées en avant et en arrière du conduit auditif externe désignées par Ricard, sous le nom de groupe pétreux antérieur et postérieur, peuvent donner lieu à une mastoïdite et à des lésions cérébrales consécutives, mais ce sont des raretés et on ne peut guère citer dans cet ordre d'idée que les faits de Toynbee, Kepp, Zaufall.

Donc presque toujours otite moyenne chronique comme cause principale et vieille otite le plus souvent. Il est rare de voir survenir l'abcès après une otite de date récente, de 1 à 6 mois par exemple. Le plus souvent l'affection remonte à 3, 6, 8, 12, 17, 25 ans même. Jansen a rapporté un cas où l'otorrhée remontait à 30 ans.

Les autres causes soi-disant déterminantes, sur lesquelles certains auteurs insistent, ont moins d'importance telles sont la notion d'un trauma sur l'oreille (plongée, soufflet), d'une fièvre, d'un érysipèle, d'une exploration malheureuse, l'arrachement d'un polype. Comme on voyait souvent l'écoulement s'arrêter au moment de l'apparition des accidents cérébraux, les vieux médecins érigeaient en principe de ne pas toucher à une otorrhée, préjugé absurde qui avait pour conséquence la mort du patient.

PATHOGÉNIE. — Nous avons dit qu'une affection chronique de l'oreille moyenne produirait l'abcès du cerveau.

Par quel mécanisme ?

Trois voies sont ouvertes à l'infection ; elle peut se faire en effet :

- 1° Ou par continuité ;
- 2° Ou par contiguïté ;
- 3° Ou par lésions à distance.

Enfin, fréquemment et pratiquement, ces trois mécanismes s'associent.

1° *Par continuité.* — Le rocher, par sa paroi supérieure et postérieure recouvertes par la dure-mère, est en contact direct en avant (la voûte tympanique en particulier) avec le lobe temporal, en arrière avec le cervelet. La paroi à ce niveau (voûte tympanique) est mince, présentant la suture pétro-squameuse assez large chez l'enfant, et de nombreux orifices vasculaires, toutes voies faciles, ouvertes à l'infection.

En outre, nombreuses sont les perforations pathologiques dans le cas d'otite moyenne avec carie du rocher, depuis le simple petit orifice jusqu'à la fameuse déhiscence du toit de la caisse.

Une remarque ici, on a dit que les abcès étaient plus fréquents dans les otites droites que dans les gauches, et en effet, dans 77 0/0 des cas d'après Korner la paroi osseuse qui sépare le foyer auriculaire des méninges est plus mince à droite qu'à gauche.

De même, certaines dispositions ostéologiques et ethnologiques ; chez les brachycéphales, les abcès seraient plus fréquents parce que le plancher de la fosse moyenne est plus bas ; parce que le sinus latéral est plus rapproché ; parce que la déhiscence spontanée du toit de la caisse est plus fréquente.

Le pus fuse ainsi dans la fosse cérébrale moyenne, il peut se former un abcès sous-dure-mérien. La dure-mère se laisse ramollir et perforer, le pus va dans l'espace arachnoïdien ou bien dans la substance cérébrale, et il est parfois possible de suivre le trajet du pus, une fistulette reliant les deux foyers.

Mais ce mode de formation est assez rare, plus fréquemment l'infection se fait :

2° *Par contiguïté.* — L'inflammation du rocher se propage à la dure-mère, un abcès sous-dure-mérien se forme qui peut fuser sous le cerveau, ou bien le sinus s'enflamme et cette phlébite sert d'intermédiaire entre les deux lésions, et ceci est surtout fréquent pour les abcès cérébelleux.

Cette phlébite peut expliquer aussi les abcès se produisant à grande distance du foyer auriculaire, et nous voici amené à notre troisième mode d'infection.

3° *Infection à distance.* — Souvent, en effet, on trouve un abcès profondément situé dans la substance blanche cérébrale séparée par du tissu nerveux sain de la lésion auriculaire.

Comment expliquer sa présence à ce niveau, si loin de la lésion primitive ?

Certains auteurs ont incriminé la métastase, mais cela explique peu de chose.

D'autres ont pensé que l'inflammation peut se prolonger le long des tractus cellulux, des lymphatiques et des gaines lymphatiques qui entourent les vaisseaux. D'autres ont incriminé des troubles trophiques, au niveau de l'origine des filets nerveux, qui traversent

l'oreille, (facial ou auditif). La bactériologie explique peut-être mieux ces faits. Le professeur Dieulafoy les compare aux abcès à distance fréquents dans l'appendicite et invoque la fameuse théorie de la cavité close. Le pus ne pouvant s'écouler librement dehors, les bacilles exaltent leur virulence, et de même que l'on trouve des abcès dans différentes parties de l'abdomen on pourrait avoir des abcès cérébraux à distance. Quoi qu'il en soit actuellement avec les données bactériologiques, les théories mécaniques perdent de leur importance.

Nombreux sont les microbes que l'on peut rencontrer: staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, bacille de Koch. Les anaérobies jouent un rôle important, encore mal connu. Parmi ces bacilles, celui qui se trouverait le plus fréquemment, celui qui produirait les lésions osseuses les plus graves serait le streptocoque.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Nous avons vu, en étudiant la pathogénie des abcès cérébraux, que très fréquemment on trouve comme étage intermédiaire, un abcès collé contre le rocher, sous la dure-mère. Plusieurs auteurs, Picqué et Février, en particulier, ont fort insisté sur ce point. D'où la division possible en :

1° *Abcès intra-dure-mériens.*

2° *Abcès encéphaliques proprement dits.*

1° ABCÈS INTRA-DURE-MÉRIENS.

1° Nous ne dirons qu'un mot des premiers, surtout intéressants au point de vue thérapeutique. Pitt, Hoffmann, ont attiré les premiers l'attention sur ce point. Hersler de Halle leur a consacré un important mémoire. (*Arch. of. ohrenh.* Vol. XXVIII, 2° fasc.) D'après cet auteur, sur 136 cas d'otite, 102 se seraient accompagnés de ces abcès, soit une proportion de 75 0 0. Du reste, on peut trouver tous les intermédiairei-

res, depuis la pachyméningite purulente externe jusqu'aux gros abcès.

Ce qui doit surtout nous intéresser ici, c'est que ces abcès sont parfois associés à des abcès des lobes, auxquels ils peuvent servir de point de départ. Les deux observations de Darde que nous transcrivons sont appliquées à ce point de vue.

2° ABCÈS ENCÉPHALIQUES.

a. *Siège de l'abcès.* — Par rapport à l'oreille malade, l'abcès siège le plus souvent, presque toujours pourrait-on dire, du même côté que la lésion auriculaire.

Presque toujours, dirons-nous, car certains auteurs décrivent des abcès siégeant du côté opposé, mais ce fait nous paraît absolument rare.

En quelle région de l'encéphale ?

— Consultons quelques statistiques.

Barr sur 76 cas trouve :

Lobe moyen	55	soit	72 0/0
Cervelet	13	—	23 0 0
Cervelet et cerveau . . .	4	—	3 0/0
Pont de Varole	2	} —	1 0 0
Péduncule cérébelleux .	1		

Picqué et Février sur 119 cas :

Lobe moyen.	82 cas
Lobe frontal.	1 —

Lobé occipital	2 cas
Cervelet	24 —
Cervelet et cerveau	4 —
Pont de Varole	3 —
Pédoncule cérébelleux	1 —
Centre ovale	2 —

Le Fort et Lebhmann, sur 458 obs. :

Cerveau	327
Cervelet	113
Cerveau et cervelet	11
Protubérance	5
Pédoncule cérébral	1
4 ^e Ventricule	1

Done, fréquence plus grande dans le cerveau et dans le lobe temporo-occipital.

Du reste, le siège de l'abcès est en rapport avec le siège de la lésion auriculaire. Lésion de l'aditus : cerveau ; lésion des cellules mastoïdiennes : cervelet.

Nombre. — L'abcès est ordinairement unique, cependant, souvent, à côté d'une collection importante, existe un abcès plus petit. Picqué (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*, 1890, p. 438) en a rapporté un cas dans lequel, à côté d'un gros abcès du lobe temporal, il en existait un plus petit, parfaitement isolé du premier.

Barr en rapporte 4 cas.

Cette multiplicité est très importante au point de vue

thérapeutique. En effet, la ponction peut donner issue au pus renfermé dans l'un des abcès et négliger l'autre et on est tout étonné de voir persister les phénomènes morbides.

Volume. - Leur volume est variable. Parfois très petit, renfermant quelques gouttes de pus ; parfois de la grosseur d'une noix, d'un œuf, parfois ayant détruit tout un lobe, comme dans ce cas rapporté par Lermoyez que nous transcrivons.

Contenu. — La nature du pus est variable également. Parfois d'aspect crémeux, épais, jaunâtre, parfois très clair, quelquefois d'odeur nulle, parfois d'odeur fécaloïde

Contenant. — Ces abcès peuvent être enkystés, entourés d'une membrane limitante fort nette qui arrête leur accroissement. Barr a signalé l'enkystement 9 fois sur 76 cas.

Cette poche peut acquérir une certaine épaisseur, être même calcifiée.

Dans d'autres cas, il existe une zone de ramollissement inflammatoire tout autour de l'abcès, et ceci serait plus fréquent dans les abcès aigus.

Tout cela a une certaine importance au point de vue thérapeutique, car on comprend mieux l'utilité de drainer une poche bien limitée, qu'une cavité mal protégée, où le processus morbide ne s'arrête pour ainsi dire pas.

Lésions concomitantes. — Outre les lésions des parties osseuses auriculaires déjà vues, il nous faut signaler

la phlébite des sinus ; les abcès intra durs déjà étudiés. On peut rencontrer de la méningite.

Evolution anatomique. — La marche de ces abcès est progressive. Leur cavité s'agrandit, les parois de la poche s'amincissent et la rupture peut se faire, soit dans la cavité arachnoïdienne, soit dans les ventricules.

Ces abcès peuvent-ils guérir spontanément ? C'est une question difficile à résoudre dans l'état actuel de nos connaissances.

CHAPITRE III

Etude clinique. — Diagnostic.

M. le D^r Lermoyez, à propos d'une communication faite par lui à l'Association Française de chirurgie, session d'octobre 1902, sur un abcès otogène du cerveau opéré et guéri s'exprime ainsi : « Le diagnostic ne doit
« pas perdre de vue cette considération importante,
« c'est qu'il existe deux symptomatologies bien dis-
« tinctes de l'abcès cérébral.

« L'une est un tableau virtuel, mais très complet,
« peint par les classiques, pour le besoin du candidat
« qui veut faire une belle épreuve. Ce syndrome total
« et terminal, généralement exigé dans les services de
« médecine pour définir l'abcès cérébral ne laisse guère
« à poser d'autre indication opératoire rationnelle que
« l'autopsie. L'autre est une esquisse réelle mais *essen-*
« *tiellement* incomplète. Elle n'est formée que de quel-
« ques traits épars qu'il faut savoir raccorder, souvent
« même constituer par une seule ligne très difficile à
« interpréter. Elle seule cependant sert au chirurgien

« qui veut faire une bonne opération. Ne la déchiffre-
« ront que ceux qui ont systématiquement leur atten-
« tion dirigée vers elle. »

Sans aller si loin que le savant otologiste, nous pouvons dire, que la symptomatologie de l'abcès cérébral est toujours délicate à interpréter, que les affections qui l'imitent sont fréquentes.

Aussi dans ce chapitre étudierons nous : dans un premier paragraphe les symptômes qui permettent de faire le diagnostic ;

Dans un deuxième les affections dont il faut le distinguer ; dans un troisième enfin les symptômes de localisation qui guideront la main du chirurgien, ce qui nous amènera à poser les indications opératoires.

1° *Symptômes généraux.* — Comme toute collection de pus l'abcès du cerveau doit donner lieu à des symptômes de suppuration, et par sa situation dans le cerveau à des symptômes d'hypertension intra-cranienne.

Les symptômes de suppuration sont assez vagues et communs à toutes les complications cérébrales suppurées des otites moyennes.

La fièvre, ce grand indice du pus, est excessivement capricieuse ici. Si on a pu voir le thermomètre monter à 40°, 40°5, 41° même on a vu souvent des températures normales ou même de l'hypothermie. Les anciens auteurs insistaient surtout sur la fréquence de la fièvre, sur son exacerbation vespérale dans le diagnostic des abcès cérébraux. Aujourd'hui on tend à admettre qu'une température normale ou même de l'hypothermie peut non seulement faire conclure à la négative, mais

qu'au contraire elle serait un moyen de diagnostic avec les autres complications suppurées des otites. Du reste la fièvre peut être simplement due à la rétention du pus dans la caisse.

On rencontre rarement ici la fièvre à grandes oscillations avec frisson plus ou moins violent accompagné de sueurs, presque caractéristique des phlébites des sinus avec pyohémie.

L'état général du malade est plutôt mauvais. Il s'amaigrit, et cet amaigrissement qui peut faire penser à la tuberculose est un signe assez fréquent qui doit toujours être présent à la mémoire. Le malade a perdu l'appétit, la langue est sale, il est abattu, déprimé. Cet amaigrissement, cette déchéance physique a une très grande importance et M. Lermoyez insiste beaucoup sur ce point :
« L'amaigrissement rapide, la dépression, la déchéance
« physique et morale ne trompent guère sur la présence
« du pus dans quelque coin de l'encéphale. Le malade
« donne l'impression qu'une atteinte profonde est por-
« tée à sa santé sans qu'aucun symptôme vienne dire
« où frappe cette atteinte. Eh bien soyez persuadé que
« cette otorrhéique suppure du cerveau ou du cer-
« vet et allez-y voir sans hésitation et sans remords.
« Ce témoignage de suppuration encéphalique a à mon
« sens une telle valeur que je le voudrais voir écrit en
« lettres majuscules sur nos traités classiques. »

2° *Troubles cérébraux diffus.* — Parmi ces troubles, l'un des plus marqués et l'un des plus précoces et l'un des plus constants est la céphalalgie. Son siège est variable (temporale, occipitale ou frontale), parfois en rapport

avec le siège de l'abcès, et Worsley et Lobmeyer se sont appuyés sur elle pour poser le diagnostic de la localisation. Mais nous pouvons dire qu'il ne faut pas trop se fier pour établir le siège de la lésion, sur un symptôme aussi variable que la céphalalgie. Elle est augmentée par la palpation et la percussion au niveau de l'abcès. Du moins c'est un fait admis par beaucoup d'auteurs, mais qui nous paraît très inconstant et on peut citer le cas de Wulke qui en s'appuyant sur ce signe a localisé dans le cervelet un abcès du lobe temporal.

Les vertiges avec bourdonnements d'oreilles, sifflements, peuvent être signalés ici, mais ils font plutôt partie de la symptomatologie des abcès cérébelleux et sont aussi bien des signes d'affection labyrinthique.

Plus importants sont les vomissements cérébraux.

Important également le ralentissement du pouls qui peut tomber à 45, 50 pulsations par minute et les troubles de la respiration qui est le plus souvent tranquille, parfois inégale.

Si on examine le système optique du malade, on peut noter de l'inégalité pupillaire, la pupille du côté malade étant tantôt rétrécie, comme dans les observations de Weis, Gowers et Barker, tantôt dilatée, comme dans les observations de Shields, Chauvel, Talamon, Polo.

On note parfois du strabisme de la diplopie.

L'ophtalmoscope permet de déceler de la névrite optique.

D'après Souques, tous ces symptômes subiraient des variations parallèles à celles de l'état général, contrairement à ce qui se passe dans les tumeurs cérébrales.

Mais tous ces symptômes nous les rencontrons dans une foule d'affections cérébrales : méningite, thrombose des sinus, tumeurs cérébrales.

Aussi chacun pris en particulier n'a pas grande valeur, c'est plutôt leur ensemble, la marche des accidents qui entraîneront la conviction, et surtout on ne peut que le répéter, la présence dans les antécédents d'un écoulement d'oreille, signe qu'il faut toujours demander à la famille, sur lequel il ne faut pas craindre de revenir, car il peut éclairer complètement le diagnostic.

En résumé, chez un malade qui est amaigri, déprimé, fatigué, plus ou moins somnolent, souffrant d'une céphalalgie plus ou moins vive avec une fièvre plus ou moins marquée à exacerbations vespérales, ayant eu un ou plusieurs vomissements, dont le pouls est ralenti, et qui dans les antécédents présente un écoulement d'oreille, le diagnostic d'abcès cérébral peut être porté.

Mais les causes d'erreurs sont fréquentes et ceci nous amène à étudier les affections qui peuvent le simuler.

Dans certains cas rares malheureusement le diagnostic saute aux yeux. Tel malade a une paralysie localisée symptomatique d'un abcès ; tel autre a un caillot obstruant sa jugulaire, signe pathognomonique d'une phlébite des sinus. La plupart du temps cependant le diagnostic est difficile.

On vous amène un malade dans le coma, ou bien un malade répondant à peine, abattu, déprimé, amaigri avec symptômes cérébraux, vous penserez à une mé-

ningite tuberculeuse. Rappelez-vous ici la parole souvent répétée par M. Lermoyez : « Que de prétendues méningites tuberculeuses qui ne sont que des accidents « encéphaliques d'origine otitique ! Le *Bulletin municipal des statistiques* enregistre à Paris chaque « semaine 20 à 25 décès par méningite simple, l'oreille « peut revendiquer au moins la moitié de ces cas. »

Interrogez votre malade ou son entourage sur la présence dans ses antécédents d'un écoulement d'oreille, revenez sur cette question, insistez, car souvent de cela dépend le diagnostic, la guérison du malade.

Nous ne ferons que citer ici à cause de leur rareté les cas signalés par R. Abbé où l'on trépane un diabétique atteint d'accidents cérébraux croyant à un abcès ; le cas de Byron Brasonnell où l'on trépana un urémique. Le diagnostic d'accidents cérébraux d'origine otitique se posant à votre esprit avez vous affaire à une méningite bénigne, séreuse, à une méningite suppurée mortelle, à une thrombose des sinus, à l'abcès, ou bien vous pouvez avoir affaire simplement à une rétention de pus dans l'apophyse.

Gellé récemment à la Société de laryngologie de Paris a rapporté un cas typique où la simple trépanation du mastoïde a amené la guérison.

Observation I (GELLÉ)

Dans les premiers jours du mois de juin de l'année dernière, nous fûmes appelé le soir par un confrère de Paris auprès d'une dame que, paraît-il, nous avions traitée pour une otorrhée chronique quelques mois auparavant.

A notre arrivée auprès de la malade, nous reconnûmes, en effet, qu'elle était venue très irrégulièrement nous consulter pour une otorrhée chronique remontant à plusieurs années. Nous ne l'avions plus revue depuis un mois au moins.

Cette femme, âgée de quarante ans, mère de plusieurs enfants, avait fait il y a trois mois une fausse couche suivie de phlébite. A peine convalescente de cette phlébite, elle était venue nous consulter pour une nouvelle poussée aiguë survenue depuis sa fausse couche. Malheureusement, elle dut interrompre le traitement otique, car elle fut atteinte d'une broncho pneumonie tuberculeuse (signes de ramollissement aux deux sommets).

Nous trouvons la malade couchée dans son lit, dans un demi-coma, ne reconnaissant plus son mari ni ses proches ; le pouls rapide et petit ; la température dépasse 40°. L'interrogatoire de la famille nous apprend que depuis huit jours la malade souffrait d'une céphalée terrible et tenace, toute la moitié gauche du crâne était surtout douloureuse, elle n'osait se peigner tant elle appréhendait la douleur. Le mari avait remarqué aussi un léger état d'indifférence chez sa femme d'ordinaire très active. Elle paraissait se désintéresser des choses qui les jours précédents semblaient lui être le plus à cœur.

L'écoulement de l'oreille ne s'est pas modifié, point de fétidité du pus. Depuis la veille sont apparus des vomissements verdâtres qui jusqu'à ce moment n'ont pas cessé. Au milieu de son apathie, la malade porte seulement la main à sa gorge et à sa tête. Elle boit encore quand on lui offre avec insistance, mais elle rejette presque aussitôt le tout dans une crise de vomissements.

Le médecin de la famille, en présence de cet état comateux survenu en 48 heures et complet surtout le soir pendant trois à quatre heures, et connaissant le passé otique de sa cliente, porte le diagnostic de complication cranio-cérébrale d'origine otique et nous appelle en consultation pour décider de la conduite à tenir.

Après examen nous arrivons au même diagnostic général ; mais nous avouons que lorsqu'il nous fallut préciser à quelle complication nous avions exactement affaire, nous fûmes quelque peu embarrassé. Le diagnostic était en effet fort délicat et plein d'incertitudes. Mais devant la décision qu'il fallait prendre et rapidement nous n'hésitâmes pas à conseiller l'ouverture de la mastoïde et de l'antre pour nettoyer et désinfecter celui-ci et la caisse ; bien décidé à nous en tenir là ou à aller plus loin si besoin était suivant l'état des parties.

Assez heureux pour gagner à notre opinion le médecin et la famille et toutes restrictions faites sur l'issue de notre intervention, vu l'état actuel de la malade, aidé par notre collègue et ami Laurens, interne à l'hôpital Saint-Louis, nous pratiquons le lendemain matin la trépanation de la mastoïde au lieu d'élection.

Incision parallèle à l'insertion du pavillon et à 1 centimètre en arrière allant de la pointe de la mastoïde à la ligne tempo-

rale et se recourbant un peu en avant à son extrémité supérieure. Hémostase facile. Rugination de l'os montrant bien les bords postérieur et supérieur du conduit auditif externe.

Attaque de l'os à la gouge à cinq millimètres en arrière du conduit, au niveau de la *spina supra meatum*. Apophyse dense, éburnée, épaisse; et ce n'est qu'arrivé à l'antra que nous ramonnons quelques fongosités avec la petite curette. Nous dirigeant alors vers la pointe nous mettons à jour quelques cellules profondes renfermant du pus, nous curetons légèrement. Nous terminons par le curettage de la caisse par le conduit et pansement avec une mèche de gaze iodoformée.

Le lendemain nous revoyons la malade et nous sommes heureux d'apprendre que la veille au soir elle n'est pas retombée dans le coma, la fièvre a diminué beaucoup, 39°; seuls, les vomissements ont persisté.

La guérison a suivi dès lors la marche classique. Le 14 juillet, la plaie mastoïdienne était complètement cicatrisée, l'écoulement auriculaire complètement tari. La montre n'était perçue qu'au contact.

Cette malade a été revue, il y a quinze jours, la santé générale est excellente, malgré les lésions pulmonaires; l'oreille est demeurée sèche. Quant à l'audition de la montre, nous avons constaté qu'elle était montée à 10 centimètres du côté opéré.

Si, maintenant, considérant les symptômes présentés par la patiente, la thérapeutique instituée et les résultats obtenus, nous voulons nous former une idée sur les accidents survenus à notre malade, nous croyons que le diagnostic ferme doit être celui de pseudo-méningite (méningitisme) occasionnée non pas par la rétention du pus, car le drainage s'effectuait aisément

par le conduit et la trompe comme nous pûmes nous en assurer plus tard, mais plutôt par une irritation ou un œdème infectieux collatéral à l'abcès intra-mastoïdien, qui disparut après la désinfection du foyer.

Du reste pour le chirurgien qui systématiquement trépane la mastoïde comme un temps de son intervention sur le cerveau l'erreur de diagnostic n'est pas grave.

Il s'agit aussi sans doute de méningite, de pseudo-méningite comparable au péritonisme qui se développe parfois chez des malades présentant une collection suppurée intra-péritonéale.

La méningite séreuse décrite par Quincke et dont Lecène a rapporté récemment (*Revue de chirurgie*, janvier 1902) une fort belle observation est d'un diagnostic difficile. Chez le malade dont Lecène rapporte l'histoire à la suite d'une otite on voit survenir une céphalée, intense, à la suite de laquelle des crises d'épilepsie jacksonniennes surviennent. Il pense à l'abcès du cerveau, trépane et la ponction du cerveau donne issue à un liquide très clair s'échappant sans forte pression, ayant tous les caractères du liquide céphalo-rachidien. Opération suivie de guérison.

Dans ces cas encore l'indication thérapeutique sera la même que dans l'abcès et l'erreur de diagnostic ne sera pas grave.

La méningite suppurée diffuse a pour elle son évolution rapide parfois foudroyante, sa température éle-

vée, les irrégularités du pouls et de la respiration qui prend parfois le type de Cheyne-Stokes.

La ponction lombaire amène un liquide purulent, ou louche, tandis que dans le cas d'abcès le liquide ramené est le plus souvent clair.

Mais ces symptômes peuvent se rencontrer dans les abcès cérébraux, surtout dans ces abcès qui sont restés latents un certain temps et qui se révèlent brusquement par des accidents graves.

Plus difficile encore le diagnostic avec la méningite auriculaire subaiguë de Broca, à allure insidieuse, sans grande fièvre, amenant la mort du malade après un laps de temps plus ou moins long ; peut-être dans l'abcès la fièvre est moins élevée, l'agitation moindre, l'intelligence mieux conservée, mais ce ne sont que des nuances difficiles à apprécier.

L'erreur la plus grave que l'on pourrait commettre en ce cas serait l'abstention thérapeutique, surtout qu'en ces cas on a affaire à une méningite souvent localisée, toujours limitée et par conséquent curable.

La phlébite des sinus est d'un diagnostic plus facile : allure spéciale de la température à grandes oscillations, frisson, cordon dur au niveau de la jugulaire, œdème au niveau de la mastoïde, circulation veineuse superficielle dans le cas de phlébite du sinus latéral, troubles oculaires spéciaux dans les phlébites des sinus caverneux.

La forme méningée décrite par Laurens se distinguera de l'abcès par l'allure de la température, température à grandes oscillations. Il ne faut pas oublier du reste qu'il peut y avoir coïncidence des deux affections.

Diagnostic du siège. — Nous sommes arrivé à poser le diagnostic d'abcès intra-cranien : quel en est le siège ? Est-il intra-dural, cérébelleux ou cérébral ?

L'abcès intra-dural peut être une surprise opératoire. Son diagnostic est d'autant plus difficile que, le plus souvent, il coexiste avec un abcès intra-cranien.

Parfois, l'abcès extra-dural simule une phlébite des sinus avec sa fièvre spéciale, parfois, il présente tous les symptômes de l'abcès cérébral.

M. Lermoyez en a rapporté récemment une fort belle observation.

Ceci est surtout vrai pour l'abcès extra-dural volumineux ; lorsqu'il est de petit volume, sa symptomatologie se perd dans celle de la mastoïdite et de l'otite moyenne grave.

L'abcès cérébelleux typique, avec ses troubles de la marche, marche ébrieuse, son vertige spécial, ses troubles oculaires spéciaux, ses attitudes forcées, c'est-à-dire raideur de la nuque, déviation conjuguée de la tête et des yeux, décubitus latéral avec impossibilité de maintenir le malade dans une autre position est d'un diagnostic facile.

Le diagnostic est plus difficile lorsqu'il n'y a aucun signe de localisation. Cette absence de signes de foyer serait en faveur de l'abcès cérébelleux.

Bourgeois, dans sa thèse, pense au contraire, et cela surtout chez l'enfant, qu'il vaut mieux explorer d'abord le lobe temporal.

Du reste, après intervention sur l'oreille et la mas-

toïde, la marche visible des lésions peut entraîner vers le cervelet ou vers le cerveau.

Parfois également, la présence d'un abcès extradural en tel ou tel point indique la marche à suivre.

Nous avons donc posé le diagnostic d'abcès d'origine cérébrale : dans quel lobe siège-t-il ?

Diagnostic de siège important à résoudre, presque autant que celui de l'existence de l'abcès, car il permet d'avoir une indication opératoire exacte.

L'abcès siège dans le lobe temporal ou partie postérieure du lobe frontal : il doit réagir sur la zone rolandique ou sur la circonvolution de Broca et produire par conséquent de l'épilepsie jacksonienne, des paralysies ou des parésies, de l'aphasie enfin.

Etudions la valeur séméiologique de chacun de ces symptômes.

L'épilepsie jacksonienne est très rare, les observations qui la mentionnent sont rarissimes. Certains auteurs même nient son existence :

De même pour les paralyes motrices ou les parésies : elles peuvent exister dans les méningites diffuses, être produites par des lésions à distance, et sont rares les cas comme celui de Tuffier où un abcès de la zone motrice avait donné lieu à une monoplégie.

L'aphasie est un symptôme beaucoup plus important. Elle est fréquemment observée dans les cas d'abcès du lobe temporal gauche. Schede, Truckenbrod, Eisenlohhr, Sick en ont publiés de remarquables. Malheureusement, la plupart des observations sont muettes sur sa nature. Oppenheim (*Fortschritte der Medecin.*,

1895, page 788) a montré récemment que l'on avait affaire à des aphasies partielles, aphasie optique, selon son expression et que l'aphasie sensorielle ou la surdité verbale existaient rarement pures.

Ce que l'on remarque surtout, c'est l'amnésie verbale, la paraphasie, l'aphasie de conductibilité. Il faut interroger avec soin et avec méthode les malades, car Broca croit qu'un léger degré d'aphasie de conductibilité doit entraîner l'intervention.

Les abcès du lobe frontal peuvent donner lieu à des troubles variés, troubles intellectuels le plus souvent, changement de caractère et je me souviens ici d'une malade atteinte d'euphorie, présentant des symptômes de suppuration, chez laquelle M. Dupré avait fait le diagnostic d'abcès du lobe frontal, diagnostic qui fut confirmé par l'autopsie.

Les abcès du lobe occipital sont d'un diagnostic assez difficile. Un signe capital, lorsqu'il existe, permet de les diagnostiquer : c'est l'hémianopsie.

Jaboulay en rapporte une fort belle observation que nous reproduisons ici. Elle serait plus fréquente qu'on ne le croit et mérite d'être recherchée avec soin, car souvent les malades se plaignent de leur vue, et, en les examinant de près, on s'aperçoit qu'ils ne voient que la moitié de leur journal, par exemple. D'autres fois, le malade est trop abattu et on ne recherche pas avec soin ce signe, pourtant capital, pour le diagnostic du degré de la lésion.

Observation II (JABOULAY)

Le nommé J.-B. J..., peintre plâtrier, âgé de 29 ans, entre le 13 juin, salle Saint-Irénée, à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Rhumatisme à 20 ans, alcoolisme, pas de syphilis, pas d'accidents saturnins, bien qu'il y ait un liseré de Burton net.

Il est porteur d'une otorrhée gauche rebelle, et d'ailleurs rarement soignée, depuis l'âge de 4 ans. L'écoulement est intermittent et existe en ce moment. Début il y a dix jours par des vertiges et incertitude de la marche ; il y a deux jours, nausées et dysphagie, en même temps que sa tête devient lourde et qu'il se déclare une céphalalgie très intense, particulièrement vive depuis la dernière nuit. Elle est fixe, très aiguë, occupe la moitié gauche du crâne et de la face.

En même temps, l'écoulement de l'oreille est devenu plus abondant. Il n'y a pas de gonflement au niveau de l'apophyse mastoïde gauche, mais un peu d'empâtement au pourtour de l'oreille s'étendant jusqu'aux paupières, qui sont rouges ; il y a un peu de larmolements de ce côté, mais pas d'inégalité pupillaire. La palpation est douloureuse autour des oreilles et à la nuque. La surdité paraît complète à gauche : une montre appliquée sur l'oreille n'est pas perçue, mais elle est entendue sur la région temporale correspondante, sans qu'on puisse déterminer si c'est par l'oreille du côté opposé.

C'est qu'en effet le malade répond mal aux questions qu'on lui adresse. Il paraît obnubilé et présente nettement de l'amnésie ; la force musculaire est diminuée à droite. Pas d'hémianes-

thésie. Les réflexes sont normaux ou un peu exagérés. Rien dans les autres organes, sauf un peu de lenteur du rythme cardiaque. Ni sucre ni albumine. Température à l'entrée 37°5.

Le 14 juin, le malade passe dans le service de chirurgie. La parésie des membres du côté droit est variable : très accentuée le matin, elle a été en s'atténuant l'après-midi. La douleur de tête est très intense.

On constate, en outre, des signes d'aphasie sensorielle très nets. Il n'y a pas de surdité verbale : le malade entend et comprend tout ce qu'on lui dit, mais il présente de la cécité verbale très évidente : il voit les lettres et ne peut pas lire, il voit les objets qu'on lui montre et est incapable de les nommer. Il peut parfaitement répéter les mots qu'on prononce devant lui. Par exemple, si on lui demande son nom, il fait un effort évident pour le chercher et n'y arrive pas. Si on le lui dit, il le répète avec satisfaction ; mais si immédiatement après on lui présente un couteau, il répète encore son nom ; si on lui dit : « C'est un couteau. — Ah ! oui, couteau ». Il répète le mot couteau si on lui présente un verre, mais redit le mot verre après vous et ainsi de suite.

Le malade ne peut écrire spontanément et est incapable d'écrire couramment. Si on lui écrit son nom, il le recopie en dessinant, pour ainsi dire.

Le lendemain matin, après une nuit passable, le malade se plaint toujours de la céphalalgie localisée à la moitié gauche du front et à la tempe.

Il existe une paralysie faciale droite très appréciable sans déviation de la langue : sensibilité générale intacte. Température, 37°6.

Les phénomènes aphasiques persistent absolument comme hier.

L'examen de la vision démontre qu'il existe, comme il fallait s'y attendre, une hémianopsie latérale droite avec conservation du réflexe de Wernicke, c'est-à-dire, avec réaction pupillaire très nette lorsqu'on éclaire la moitié obscure du champ visuel.

Le diagnostic d'abcès cérébral ayant été posé, cette constatation permettrait d'en préciser le siège.

La lésion devait vraisemblablement occuper la partie postérieure de la capsule interne et interrompre les radiations optiques dans leur trajet. L'absence de troubles nets dans la sensibilité cutanée indiquait un siège très reculé, très probablement au niveau du bloc occipital. Les troubles moteurs étaient très variables et dus selon toute vraisemblance à des phénomènes réflexes ou de compression et non à une lésion du faisceau pyramidal lui-même.

Le malade fut opéré immédiatement. La trépanation classique de l'apophyse mastoïde donne un écoulement abondant de pus dès l'enlèvement par la gouge des premiers copeaux osseux. L'autre mastoïdien contient des masses cholestéatomateuses ; l'oreille moyenne, couverte de granulations polypeuses, est soigneusement curettée. Le crâne est ensuite ouvert en enlevant à la pince coupante la partie inférieure de l'écaille du temporal, ce qui permet de vider un petit abcès sous-dure-mérien en contact avec le toit de la caisse. A ce niveau la dure-mère est rouge, épaissie, infiltrée et présente un aspect rugueux. L'ouverture crânienne est continuée de manière à agrandir le champ opératoire. La dure-mère est isolée sur une étendue de 2 à 3 centimètres et incisée crucialement. Le cerveau fait hernie mais n'est pas animé de battements. Ceux-ci ne sont perçus que beaucoup plus en arrière par le doigt introduit avec précaution par l'ouverture de la dure-mère.

On cherche alors l'abcès par des ponctions répétées dans la substance cérébrale, avec l'aiguille la plus grosse de l'aspirateur Potain. C'est en vain que l'instrument est dirigé dans toute la profondeur des lobes occipital et temporal ; on ne trouve pas de pus. Il en est de même des ponctions faites au niveau du pied des deuxième et troisième frontales. L'aiguille ayant été enfoncée dans la direction de la corne sphénoïdale du ventricule latéral, il s'écoule 30 à 35 grammes d'un liquide rougeâtre, louche qui se prend en masse dans la soucoupe où il a été recueilli.

L'opération a duré une heure et quart et, sauf un peu de ralentissement de la respiration à la fin, n'a donné lieu à aucun phénomène fâcheux.

Dans la soirée le malade est redevenu somnolent après une légère crise d'agitation ; il peut se soulever dans son lit et répond d'une manière incohérente.

Les douleurs de tête paraissent moindres. Pas de fièvre : 37°8.

16 juin. — Nuit agitée. Le malade ne va pas mieux ; il ne comprend rien, répète continuellement les mêmes mots, dont il a un choix très limité. Température : 37° le matin et 36°8 le soir.

17 juin. — Même état d'agitation. Le malade se lève à chaque instant pour aller à la chaise, mais ce sont de faux besoins ; il est constipé, le ventre est rétracté ; pas de vomissements. Les douleurs sont moins vives, reviennent par crises courtes, pendant lesquelles la face se contracte, les yeux se ferment et le malade porte la main à la plaie. Le malade s'est levé plusieurs fois, a couru à travers la salle en criant : « Oui, oui. » Température : 38°2.

Le 19 juin. — A onze heures du matin, crise épileptique

très nette ayant duré deux à trois minutes ; une deuxième se produit un quart d'heure plus tard. Dans l'après-midi, deux nouvelles attaques semblables ; dans l'intervalle il a sa connaissance et continue à être agité.

Le 20 juin. — Pas de crises. Température: 37°6. Rien de spécial du côté de la plaie. Le malade est transporté à l'Hôtel-Dieu ; il reste assis dans la voiture et ne paraît pas souffrir des cahots, mais il reste étranger à ce qui l'entoure. Le soir il essaie de causer, mais les mots lui viennent lentement, il ressemble à un aphasique vulgaire. Il comprend du reste assez mal les questions et ne répond que par gestes quand on lui demande où il souffre.

L'hémiplégie a presque totalement disparu, sauf la paralysie faciale qui est aussi marquée, la constipation persiste opiniâtre. Même état de la vision avec pupilles égales réagissant bien à la lumière.

Le 22 juin. — Amélioration encore plus accentuée ; le malade commence à s'intéresser à ce qui l'entoure. Il comprend la plupart des questions qu'on lui adresse et y répond sensément, mais en sautant des mots et après un instant de recherches. Il n'a pas de température mais la plaie a une mauvaise odeur.

Le 23 juin. — Élévation brusque de la température à 39°5. On constate que la surface du cerveau mise à nu est sphacélée superficiellement et répand une odeur nauséabonde.

On enlève les parties nécrosées. A la fin de cette opération, déviation conjuguée de la tête et des yeux, accentuation de la paralysie à droite et des symptômes aphasiques.

Les deux jours suivants amélioration progressive avec chute de la température à 37°9. Mais le 26 juin, nouvelle ascension

à 39°2. On fait une nouvelle anesthésie et des ponctions avec l'aiguille de Potain ; dans la direction du lobe frontal, de la périphérie du lobe temporo-occipital et de la corne sphénoïdale du ventricule latéral, encore pas de pus.

Suites opératoires simples, mais l'état général devient mauvais et de plus en plus inquiétant. Le malade ne mange pas, il urine très peu.

Le 4 juillet. — La température s'élève à 40°. Malgré l'adynamie profonde, M. Jaboulay se met encore une fois à la recherche de l'abcès diagnostiqué. Bien que le malade ne fût pas anesthésié, les ponctions de la substance cérébrale ne déterminent aucune réaction douloureuse, alors que les excitations cutanées sont perçues. Une de ces ponctions dirigée en haut et en arrière, en plein lobe occipital, ramène enfin un pus crémeux, épais, très fétide, qui continue à s'écouler par la plaie de ponction.

Cette plaie est un peu élargie et drainée à la gaze antiseptique.

Le pansement, changé tous les jours était toujours souillé d'une assez grande quantité de pus. A' ynamie.

Mort le 15 juillet au matin : rien à signaler pendant l'agonie, sauf le ralentissement du rythme respiratoire.

L'autopsie fut pratiquée 24 heures après la mort, et le corps ayan été réclamé, n'a porté que sur le crâne.

La pie-mère et l'espace sous-arachnoïdien sont distendus par une assez grande quantité de sérosité louche. L'hémisphère gauche paraît distendu et plus volumineux dans sa moitié postérieure, les plis du lobe occipital sont effacés et les circonvolutions aplaties ; elles ont une couleur hortensia foncé et donnent la sensation de fluctuation. Une incision longitudinale ouvre

une collection purulente du volume d'une orange au centre du lobe occipital ; le pus a pénétré dans le ventricule latéral correspondant. Il y a de l'infiltration œdémateuse autour de l'abcès qui n'atteint pas les régions motrices, la capsule interne et les noyaux de la base étant restés intacts.

Toute la portion du cerveau mise à nu et notamment la partie postérieure des deux premières frontales et la partie inférieure des deux circonvolutions ascendantes, est le siège d'une encéphalite évidente qui a donné lieu à une petite collection grosse comme une noisette au niveau de la troisième frontale.

Il n'y a pas d'abcès du cervelet, pas d'autre collection purulente dans l'isthme ou dans l'hémisphère droit.

L'examen du rocher permet de constater l'absence de la paroi postérieure du conduit et de la paroi externe de la caisse, qui ont été enlevées dans l'opération. L'oreille interne a disparu et l'on trouve à sa place des cavités pleines de pus. Toutefois les nerfs ne paraissent pas lésés dans le conduit auditif interne. Le facial, dans son trajet intra-pétreux, est cependant un peu congestionné, mais bien que tout le canal soit atteint d'ostéïte, le nerf lui-même est resté intact et en tout cas, n'a pas été assez lésé pour donner des symptômes. L'excision de l'os malade s'est arrêtée à 2 millimètres environ du trajet du nerf. Les quelques cellules pétreuses résistantes renferment du pus. La pointe de l'apophyse mastoïde n'offre pas de lésion apparente.

Tels sont les symptômes qui permettent de faire le diagnostic souvent difficile, nous l'avons vu, 1° de la nature de la complication de l'otite, 2° de son siège exact.

Parfois, ces symptômes sont peu marqués et il faut toute l'habitude d'un otologiste de profession, d'un neurologiste expérimenté pour établir un diagnostic stable, et malgré cela, combien d'erreurs ! Mais, il ne faut pas reculer devant un diagnostic hésitant : devant les signes de suppuration intra crânienne il faut aller voir, la vie du malade en dépend le plus souvent.

De plus, il faut se rappeler que la marche de ces abcès est excessivement variable.

L'abcès peut rester latent et se révéler brusquement par des accidents graves entraînant une mort rapide ; en quelques jours, en quelques heures même.

Tantôt les accidents présentent des paroxysmes, entrecoupés de rémissions plus ou moins longues, tantôt, cas plus rare, le malade tombe brusquement dans le coma ; le pus a pu se faire jour dans les ventricules ou dans la cavité arachnoïdienne ; ou bien, il s'est formé de l'œdème cérébral. Dernier cas heureux, car une intervention rapide peut amener la guérison (et nous en rapportons quelques observations). La guérison spontanée est très rare, si même elle existe.

Le pronostic dépend donc de l'intervention.

CHAPITRE IV

Indications thérapeutiques et Technique opératoire.

De cette longue étude symptomatologique, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe des cas assez rares où le diagnostic du siège peut être fait.

2° On doit se souvenir qu'une simple rétention de pus dans l'apophyse, qu'un abcès intra-dure mérien peuvent simuler un abcès intra-cranien.

3° Que ces abcès intra-dure mériens, que ces foyers péri-pétreux coexistent fréquemment pour ne pas dire toujours avec des abcès intra-craniens, qu'ils indiquent fréquemment la route à suivre pour aborder l'abcès central.

Dans le premier cas, on peut trépaner au point d'élection pour les différents centres atteints. Quelques auteurs l'ont fait avec succès. .

Les otologistes, les chirurgiens actuels se basant sur les faits ci-dessus énumérés (concl. 2 et 3) préfèrent trépaner d'abord la mastoïde, puis aller à la recherche de l'abcès intra-cranien.

Wheeler, puis MM. Picqué et Février, dans leur Mémoire, Broca, Lermoyez, tous les otologistes, Bourgeois dans sa thèse, ont adopté cette manière de voir. Les procédés sont un peu variables, mais ils sortent tous du même principe.

Nous ne voulons pas entrer dans le détail de tous les procédés, renvoyant le lecteur pour cette étude aux Traités de thérapeutique chirurgicale de Forgues et Reclus, ou de Chirurgie cérébrale de Chipault, ou bien au Traité très bien fait de Broca et Maubrac.

Nous voulons simplement exposer ici le procédé décrit par M. Picqué.

Nous dirons un mot, cependant, du procédé de Wheeler :

Wheeler ouvre le crâne à la hauteur du conduit auditif en avant de la verticale qui divise la mastoïde en deux parties égales. Il arrive de la sorte au niveau de l'angle rentrant formé par le rocher et l'écaille du temporal, et très loin du sinus latéral.

M. Picqué, dans le Mémoire qu'il a publié en 1897 avec Février a modifié un peu ce procédé :

Après avoir ouvert le quadrant antéro supérieur de la mastoïde, creuser par en haut son trajet opératoire, en un mot, au procédé de Wheeler, combiner le procédé de Ricard par l'ouverture de la mastoïde.

Ce procédé de Wheeler a été le point de départ de plusieurs autres procédés, parmi lesquels nous décrivons spécialement celui de Broca.

Il ouvre l'antre mastoïdien au lieu d'élection, (carré de 1 centimètre de côté situé à 5 millimètres en arrière de la paroi postérieure du conduit auditif (moitié supérieure).

Puis il fait sauter le plafond de l'antre et de la caisse pour arriver à la fosse temporale, (qui nous occupe seule ici). Si on veut se donner plus de jour on peut le faire aisément par quelques coups de pince gouge vers l'écaille.

En résumé, par ce procédé, on évacue d'abord le pus de l'apophyse et de la caisse, on peut gratter avec soin les parties osseuses malades, on peut évacuer les foyers de pachyméningite externe, les abcès extra-duréliens et bifurquer en avant pour atteindre les abcès cérébraux.

Une fois la fosse temporale à jour, on peut explorer le cerveau avec l'aiguille ou un fin trocart, ou simplement avec le bistouri. Une fois le pus trouvé, on peut agrandir l'incision et drainer la poche purulente.

Telle est la marche à suivre.

Mais ici un point important doit nous arrêter.

Nous avons vu, et nous le répétons encore ici, que la rétention de pus dans l'apophyse d'un abcès extradurélien, peut donner lieu à des symptômes cérébraux, etcertains chirurgiens, Broca en particulier, certains otologistes Sébileau par exemple, préfèrent dans

la majorité des cas, presque toujours, trépaner d'abord la mastoïde, évacuer le pus, et attendre un jour ou deux. Si les accidents cérébraux persistent, il sera toujours temps, d'aller voir et d'explorer le cerveau.

M. Picqué au contraire, s'est élevé contre cette manière de faire, il veut que l'on aille directement, en une seule fois explorer le cerveau.

Il faut diviser, à notre avis, les abcès cérébraux en deux catégories, chez certains, rares, la symptomatologie est si nette que l'on ne peut hésiter, et une opération en un temps, nous paraît la meilleure méthode.

Si on doit hésiter, il faut mieux agir en deux fois, car il n'est pas toujours inoffensif d'explorer le cerveau. Et je crois que M. Picqué tend de plus en plus à admettre cette manière de voir.

En résumé, opération faite de bonne heure, en un ou deux temps selon les cas, et la guérison sera le plus souvent la récompense de nos efforts, nous en rapportons quelques belles observations.

Observation III (DARDE).

L... Edmond, 23 ans, tambour au 72^e de ligne, entre le 30 juin 1892 à l'hôpital militaire d'Abbeville, salle Saint-Augustin, n^o 24, pour polype du conduit auditif et otite moyenne à gauche.

ANTÉCÉDENTS. — A l'âge de 3 ans, L... a fait sur la tête une chute grave dont nous ne retrouvons pas de traces extérieures. Nous n'avons pu avoir d'autres renseignements sur les accidents présentés à cette époque. Pendant son enfance, il se serait plaint fréquemment de maux de tête et aurait présenté à plusieurs reprises des accidents qui ont effrayé beaucoup ses parents ; les douleurs de tête devenaient plus fortes, il se roulait en poussant des cris, puis perdait connaissance pendant deux ou trois heures. Deux fois les médecins auraient déclaré aux parents qu'ils craignaient le développement d'une méningite. Nous n'avons pu savoir si, au moment de ces crises, il y avait eu suppuration de l'oreille. Cela est assez probable, car le malade nous dit que son oreille a suppuré assez souvent pendant son enfance et qu'il a toujours été un peu sourd de l'oreille gauche. En outre, il avait souvent mal à la tête, et ces douleurs devenaient parfois très violentes.

Depuis qu'il est au service, il n'est venu qu'une seule fois se plaindre de ces douleurs, et le registre des malades à la chambre ne le porte qu'un jour indisponible pour otite, en avril 1891. Mais il prétend qu'il avait toujours une douleur sourde dans le côté gauche de la tête et dans l'oreille ; malgré cela, il a fait régulièrement son service militaire.

29 juin. — Depuis cinq ou six jours, les douleurs de tête et d'oreille sont devenues plus intenses et le forcent à se présenter aujourd'hui à la visite où nous le voyons pour la première fois. L'examen du conduit auditif permet de constater la présence d'un polype, avec écoulement purulent à gauche. Le polype se présente sous forme d'une petite tumeur rosée, peu résistante, obturant à peu près complètement le conduit auditif ; il ne paraît pas s'implanter sur sa paroi, car nous pouvons faire

passer un stylet tout autour de ce polype sans rencontrer de résistance.

Nous envoyons ce malade à l'hôpital le 30 juin.

30 juin. — L'état de ce malade ne paraît avoir rien d'inquiétant. Il n'a pas de fièvre, mange assez bien et reste levé une partie de la journée. La diminution de l'acuité auditive à gauche est assez considérable, car la montre appliquée presque contre l'oreille n'est pas entendue. Quand on l'applique au vertex, les bruits n'en sont perçus qu'à droite, et il faut la rapprocher de l'oreille gauche et l'appliquer fortement contre l'écaille du temporal pour que les bruits soient perçus de ce côté, et encore assez faiblement. Si donc il est probable que la caisse du tympan est malade, il semble que l'oreille interne ne soit pas sérieusement intéressée. Il n'y a d'ailleurs ni bourdonnements, ni bruits musicaux, ni vertiges.

Rien d'anormal du côté de l'apophyse mastoïde. Pendant quelques jours, nous prescrivons seulement des injections boriquées tièdes, puis des injections avec une solution de sublimé à 1 p. 4000. En même temps, nous recommandons au malade de faire pénétrer fréquemment de l'air dans la caisse par le procédé de Valsalva, que nous lui faisons exécuter devant nous.

3 juillet. — L'écoulement purulent paraît avoir diminué, mais il n'en est pas de même des douleurs, qui sont assez vives. Nous nous décidons à employer de suite le mode de traitement tant préconisé par Politzer pour amener la rétraction et même la destruction du polype. A cet effet, les 3 et 4 juillet, nous faisons deux fois par jour des instillations d'alcool rectifié dans le conduit auditif : une cuillerée à café d'alcool absolu

légèrement chauffé est versée dans l'oreille et laissée 3 à 4 minutes.

Ces instillations produisent des douleurs très vives, que nous avons de la peine à calmer momentanément par des instillations de cocaïne.

Nous les suspendons et nous essayons de les reprendre le 7 juillet, mais la douleur produite est tellement intolérable que nous devons y renoncer sans avoir obtenu la moindre rétraction du polype.

Nous nous bornons à faire faire des injections de solution de sublimé à 1 p. 4000. L'écoulement purulent est, du reste, peu abondant.

9 juillet. — Les douleurs d'oreille étant toujours fortes, nous cherchons à les calmer par l'application d'un vésicatoire derrière l'oreille.

10 juillet. — Nous n'avons obtenu aucune amélioration de la souffrance éprouvée par le malade. Il nous semble donc indiqué de faire l'extraction du polype, qui peut s'opposer en partie au libre écoulement du pus et être cause ainsi des accidents observés. Nous prenons donc le polype avec une pince à griffe à laquelle nous faisons exécuter quelques mouvements de torsion et nous l'extirpons aisément; nous n'avons eu qu'une goutte de sang; nous faisons quelques injections de sublimé à 1 p. 1000. Ce polype est muqueux, de faible consistance, à peine plus gros qu'un noyau de cerise. Il présente un pédicule allant en s'effilant et d'une longueur de 7 à 8 millimètres.

11 juillet. — Les douleurs ont à peu près la même intensité, mais sous l'influence des injections de solution de sublimé, l'écoulement purulent est à peu près tari. Nous pouvons voir

aisément la membrane du tympan, qui est uniformément jaunâtre et présente une ulcération à bords régulièrement arrondis, d'une largeur de 2 millimètres, et située un peu au-dessus et en arrière de l'ombilic. Cette ulcération, malgré son étroitesse, nous paraît devoir permettre l'issue du pus contenu dans l'oreille moyenne ; pourtant, en faisant expirer fortement le malade après lui avoir fait fermer la bouche et les narines, nous ne voyons sortir par cette ulcération ni bulles d'air ni pus. Nous essayons de faire des insufflations à travers la trompe avec la poire de Politzer seule, puis à l'aide de la sonde d'Itard, et nous n'obtenons aucun résultat. Ces manœuvres fatiguent beaucoup le malade, et nous devons y renoncer.

Dans la soirée du 11 juillet, le malade est un peu abattu. Malgré une température normale, nous sommes surpris de ne lui compter que 50 pulsations.

Le malade étant constipé depuis deux jours, nous prescrivons un lavement purgatif qui sera donné de suite, et 60 centigrammes de calomel en 3 paquets, à prendre le lendemain matin, à une demi-heure d'intervalle.

12 juillet. — Le malade se plaint toujours de vives douleurs dans la tête, et il est un peu plus abattu que la veille. Le pouls présente un ralentissement marqué, car nous ne comptons que 46 pulsations. Pourtant il est plein et régulier, la température est normale.

Nous essayons sans succès quelques insufflations d'air à travers la trompe avec la poire de Politzer seule : la trompe doit être imperméable, car le malade ne sent pas la pénétration de l'air dans la caisse, et nous éprouvons une résistance considérable à la pression de la poire de caoutchouc. L'écoulement purulent par l'oreille est à peu près nul. Nous prescrivons des

gargarismes tièdes boriqués et la continuation des injections de sublimé à 1 p. 2000 dans l'oreille.

Le calomel a produit deux selles dans la soirée, mais l'état du malade est toujours le même.

13 juillet. — Le malade a poussé quelques cris aigus pendant la nuit ; il a pourtant assez bien dormi. Sa dépression paraît plus grande, et le pouls ne bat que 42 fois à la minute ; température 37°2.

Les douleurs d'oreille sont toujours aussi vives ; cependant, le matin, il mange un œuf avec assez d'appétit.

Dans la journée, il s'est plaint plusieurs fois ; il reste presque constamment dans un état de demi-somnolence.

Pouls 40 et température 36°8. Pas de paralysie du côté de la face ni aux membres. Pas de troubles de la sensibilité.

14 juillet. — Le malade a poussé 7 ou 8 cris aigus dans la nuit. A la visite, il est dans un état de dépression très profonde ; il n'y a que 38 pulsations à la minute et la température s'élève seulement à 36°8. Les extrémités présentent un refroidissement marqué. Nous lui injectons les trois quarts d'une seringue de Pravaz remplie d'éther et nous prescrivons une potion avec 8 grammes d'acétate d'ammoniaque et 30 grammes d'eau de vie : nous faisons placer des cruchons d'eau chaude le long du corps et des membres.

Dans la journée, nous remarquons un léger ptosis de la paupière supérieure gauche ; pas d'inégalité ni de contraction marquée des pupilles. Le malade a eu de l'incontinence d'urine. La température remonte le soir à 37° et le pouls bat 42 fois. Continuation de la potion stimulante.

15 juillet. — La nuit a été assez agitée jusqu'à une heure du matin, puis le malade s'est endormi. Le matin, la dépression du

malade est très profonde ; nous constatons 45 pulsations à la minute avec une température de 36°. Le malade ne comprend que par moments, lorsqu'il est interrogé, et c'est à peine s'il répond par signes.

A 10 heures du matin, il paraît y avoir un peu de réaction, car la température monte à 37°,2, mais le pouls reste à 46. L'incontinence d'urine persiste, sans réplétion de la vessie.

Le soir, le pouls est à 48 et la température à 38°,2. Nous remarquons que la blépharoptose est plus prononcée à gauche ; en même temps, il y a une dilatation pupillaire assez marquée du même côté et de la photophobie.

16 juillet. — Le malade est à peu près dans le même état. La perte de connaissance est à peu près complète. La nuit a été assez calme, grâce à l'absorption d'une potion avec 2 grammes de chloral. Le pouls bat 48 fois par minute et la température est à 37°,4.

Dans la journée, le malade présente de temps à autre de l'agitation des membres, puis reste dans la résolution pendant une ou deux heures. Il avale encore, mais avec difficulté.

Le 16 au soir, pouls 56 ; température 37°,8.

17 juillet. — Nuit assez calme, avec une potion de chloral ; pas de cris. La perte de connaissance est à peu près absolue et la résolution musculaire presque complète aussi bien à droite qu'à gauche ; la sensibilité générale est très obtuse. La blépharoptose persiste et la pupille gauche est toujours dilatée et immobile ; il n'y a plus de photophobie. La pupille droite est également contractée et immobile. La vision paraît abolie. Pouls, 42 ; température 38°.

Dans la journée, le malade revient deux fois à une connaissance à peu près complète, qui lui permet de répondre à la

sœur du service ; mais il retombe bientôt dans une torpeur complète.

Le soir, le pouls irrégulier bat 60 fois par minute.

18 juillet. — Quelques cris dans la nuit, à la visite, nous trouvons le malade dans un coma presque absolu ; c'est à peine si, par instants, il semble revenir un peu à lui.

La mort survient le 19 juillet à 10 heures du matin.

Autopsie. — Des raisons de famille nous obligent à procéder très rapidement aux recherches cadavériques, qui ont été très incomplètes.

Après l'ouverture du crâne et l'enlèvement du cerveau fait avec les plus grandes précautions, nous constatons les altérations suivantes :

1° Une perforation de la lame osseuse du rocher qui recouvre la partie supérieure de la caisse ; cette perforation est arrondie et a un diamètre d'environ 5 à 6 millimètres, un peu inférieur à celui d'une lentille ;

2° En rapport avec cette perforation, la dure-mère est enflammée et érodée ; l'inflammation ne porte guère que sur une étendue large comme une pièce d'un franc ; l'érosion de la membrane, a tout au plus, l'étendue d'une pièce de 50 centimes.

La face supérieure de la dure-mère, qui est en rapport avec le cerveau, est un peu noirâtre et infiltrée, mais ne présente *pas de solution de continuité*. Nous ne trouvons pas d'autre lésion des méninges en aucun autre point ;

3° Le lobe moyen du cerveau présente à sa partie inférieure, au point situé immédiatement au-dessus de la lésion de la dure-mère, une coloration un peu noirâtre, ayant la forme et l'étendue

due d'une pièce de 2 francs. Là encore, si la substance cérébrale paraît un peu ramollie et altérée, nous ne trouvons aucune solution de continuité. Une section du cerveau montre à un demi-centimètre de profondeur, un abcès du lobe moyen, dont la poche assez bien limitée aurait à peu près le volume d'un œuf de poule. Le pus de cet abcès est mal lié, blanc, grisâtre, d'une odeur infecte et il contient des débris de substance cérébrale mortifiés. La poche purulente est surtout formée aux dépens de la substance blanche et communique largement avec le ventricule latéral.

Les différents sinus du crâne ouverts avec le bistouri, ne présentent aucune trace d'inflammation ; nous n'y trouvons pas de caillots sanguins.

En agrandissant l'ouverture de la lamelle osseuse qui recouvre la caisse, nous voyons que celle-ci contient un peu de pus crémeux, assez épais, mais nous n'y trouvons pas trace de polype.

Observation IV (DARDE).

D... (Victor), 24 ans, trompette au 3^e régiment de chasseurs, entre le 12 juillet 1892 à l'hôpital militaire d'Abbeville, salle Saint-Augustin, n° 5.

Ce chasseur, malade depuis le 5 juillet, n'est venu que le 7 à la visite, se plaignant de violentes douleurs dans le côté droit de la tête et de surdité complète de ce côté. Nous le faisons entrer à l'infirmerie.

Antécédents. -- Aucun antécédent de famille digne de remarque.

A l'âge de deux ans et demi, il a été renversé par un cheval attelé et la roue de la voiture lui a passé sur la tête. A la suite de cet accident, il aurait été sans connaissance pendant quelques jours. La plaie de la tête a laissé une longue cicatrice très apparente, prenant naissance derrière l'apophyse mastoïde et remontant en haut et en avant jusque vers la partie antérieure et moyenne du pariétal droit. Depuis cet accident, l'ouïe aurait toujours été faible à droite, parfois l'oreille coulait pendant quelques jours, mais il n'en souffrait pas. En deux ans et demi, depuis qu'il est au régiment, il n'est pas venu une seule fois à la visite pour otite.

Le jour de l'entrée à l'infirmerie, 7 juillet, nous constatons un écoulement purulent et fétide de l'oreille droite, écoulement qui aurait commencé il y a quatre ou cinq jours. Le malade est pâle et paraît abattu ; il se plaint de douleurs très vives dans tout le côté droit de la tête ; il parle peu, reste couché toute la journée, et n'a pas d'appétit. Pas de fièvre.

Traitement. — Vésicatoire derrière l'oreille et injections boriquées tièdes à 4 0/0.

Les jours suivants, les douleurs de tête sont à peu près aussi vives et l'abattement est toujours assez prononcé ; le malade ne quitte pas le lit ; il a pourtant conservé toute son intelligence et répond bien à nos questions. Pas d'appétit, malgré la faible élévation de la température, qui ne dépasse pas 38°. Il ne prend que quelques bouillons et un litre de lait par jour.

L'écoulement purulent et fétide de l'oreille est toujours abondant malgré les injections boriquées. En outre, le malade se plaint de sifflements continus dans l'oreille droite et il dit que

la tête lui tourne, même quand il veut simplement s'asseoir dans son lit ; aussi y reste-t-il étendu presque constamment. Ces symptômes nous font supposer que le malade est atteint d'otite labyrinthique, et, à l'appui de ce diagnostic, nous constatons un signe assez important, l'absence de perception à travers la paroi crânienne des bruits de la montre du côté droit, alors que ces bruits sont nettement perçus du côté gauche.

La membrane du tympan est difficile à voir, à cause de l'infiltration et du gonflement du conduit auditif, mais nous croyons cependant constater l'existence d'une fente linéaire verticale à la partie inférieure de la membrane, fente par laquelle le pus s'écoulerait facilement. Il est certain, en tous cas, que le pus a une issue facile et assez large, car les insufflations d'air à travers la trompe avec la sonde d'Itard et la poire de Politzer déterminent chaque fois l'écoulement d'une assez grande quantité de pus. Ces insufflations sont répétées deux fois par jour, puis on pratique plusieurs fois des injections dans le conduit auditif avec une solution tiède de sublimé à 1 pour 4000 sans amener de diminution des douleurs de tête ni modifier la quantité et la nature de l'écoulement.

Le 9 juillet. — Nous prescrivons un léger purgatif : 30 grammes de sulfate de magnésie, à titre de dérivatif, le malade étant allé chaque jour à la garde-robe depuis son entrée à l'infirmerie.

Le 10 juillet. — Au soir, la température du malade s'élève à 39°,6 et le 11 au matin elle s'élève encore à 39°,4, ce qui nous détermine à l'envoyer à l'hôpital.

12 juillet. — La température du malade se maintient aux environs de 39°. Les autres symptômes déjà décrits restent à peu près les mêmes : douleurs vives dans le côté droit de la tête, sifflements persistants, écoulement de pus abondant et fétide

par l'oreille, perte de l'appétit et prostration assez marquée. Le malade reste à peu près immobile dans son lit, mais ne présente aucune paralysie ni à la face ni aux membres, et il a toute son intelligence. Le pouls est fréquent, 108 pulsations, mais fort et régulier, et la respiration se fait bien. Du côté de l'apophyse mastoïde, nous ne constatons aucun gonflement inflammatoire ni œdémateux et la pression n'augmente pas sensiblement les douleurs de tête

Traitement. — Cinq sangsues à l'apophyse mastoïde, injections tièdes de solution de sublimé à 1 pour 4000 et potion avec 2 grammes de chloral pour la nuit. Régime : bouillon et lait.

13 juillet. — Même état. La nuit a pourtant été assez bonne ; la température du malade est moins élevée : 38°,4 le matin et 38°,2 le soir. Nous prescrivons 60 centigrammes de calomel en trois paquets, à prendre en deux heures ; la solution de sublimé pour injections est portée à 1 pour 2000 ; potion de 2 grammes de chloral pour la nuit.

14 juillet. — La nuit a été moins bonne, mais pas agitée ; température le matin, 39°,6. Le malade est très abattu, cependant il répond bien à nos questions. Il s'assied dans son lit pour boire et même se lève facilement pour aller à la selle, mais il dit que *la tête lui tourne* et il se recouche de suite comme anéanti. Il ne demanderait et ne prendrait rien si la sœur du service ne l'obligeait de temps en temps à prendre un peu de bouillon ou de lait. L'écoulement de l'oreille paraît avoir diminué un peu, mais il est toujours fétide. On continue les injections tièdes de solution de sublimé à 1 pour 2000. Température du soir 38°.

15 juillet. — La nuit a été assez tranquille ; le malade s'est retourné plusieurs fois, mais sans agitation et sans pousser de

cris. A la visite du matin, nous constatons du ptosis de la paupière supérieure droite. Les pupilles sont égales et sensibles à la lumière sans photophobie ; pas d'autre paralysie musculaire.

L'abattement est toujours prononcé, mais le malade répond comme d'habitude à nos questions. Température 38° 2. A 3 heures du soir, la température a monté à 38°9, mais l'état général du malade ne paraît pas avoir empiré.

A 5 heures du soir, après avoir pris un potage, le malade se lève pour uriner et brusquement, en voulant se recoucher, il tombe en poussant un cri. Quand on le relève, on s'aperçoit que tout le côté gauche est paralysé.

Prévenu immédiatement, nous nous rendons près du malade que nous trouvons dans le coma. La face et tout le côté gauche sont paralysés ; en même temps il y a contracture des membres supérieur et inférieur du même côté. Cette contracture est surtout marquée à l'avant-bras gauche et à la main qui a pris la forme d'une griffe. Perte de la sensibilité de tout le côté gauche. Respiration pénible et stertoreuse. La mort survient à 8 heures du soir, sans que le malade ait repris connaissance. Nous nous étions borné à faire des applications de sinapismes.

Autopsie. — Après dissection du cuir chevelu, nous enlevons la calotte crânienne par un trait de scie circulaire. Nous constatons d'abord qu'il ne paraît pas y avoir eu de fracture du crâne à la suite de l'accident survenu dans l'enfance, car les parois externe et interne des os paraissent absolument lisses au niveau de la cicatrice du cuir chevelu.

Les méninges de la convexité ne présentent pas d'altération appréciable ; il y a seulement une turgescence un peu prononcée des veines.

En passant les doigts sur le cerveau, à travers les méninges, nous constatons une mollesse tout à fait anormale du tissu cérébral, surtout à la partie moyenne et même à la partie antérieure de l'hémisphère droit. Nous sectionnons la dure-mère d'avant en arrière de chaque côté, puis la faux du cerveau pour enlever le cerveau en le détachant par la section des nerfs de la base. Mais en voulant passer les doigts sous les lobes antérieurs, le tissu cérébral se déchire du côté droit, tant il est ramolli, et un flot de pus s'étale sur la base du crâne. Nous redoublons de précautions pour achever l'enlèvement du cerveau, mais il est tellement ramolli et se déchire si facilement qu'il nous devient difficile d'examiner aussi nettement que nous l'aurions voulu la voie suivie par le pus, depuis l'oreille jusque dans l'encéphale.

Cependant, il est assez facile de reconstituer cette marche de la suppuration. En effet, au niveau de la base du crâne constituée par le rocher, nous ne trouvons aucune altération des méninges ; au niveau de la caisse notamment, il n'y a aucune altération de la dure-mère ni de la lamelle osseuse qui en constitue la paroi supérieure. La surface extérieure de la base du cerveau nous paraît absolument saine.

C'est au sommet du rocher que nous retrouvons la trace du pus. Au niveau du conduit auditif interne, nous voyons par transparence, à travers la dure-mère saine, deux taches blanc-jaunâtre constituées par du pus. La dure-mère étant enlevée, nous constatons d'abord que le nerf auditif et le facial sont entourés par un pus blanchâtre et épais qui pénètre assez profondément dans le conduit auditif interne.

De plus, nous trouvons au sommet du rocher deux vacuoles

creusées aux dépens de l'os, assez bien limitées et contenant du pus blanchâtre et épais.

La suppuration s'est donc propagée de l'oreille interne vers le cerveau par l'intermédiaire de ces deux vacuoles et principalement de la gaine arachnoïde qui accompagne le nerf auditif pour envahir ultérieurement la grande cavité ventriculaire.

A ce niveau, la désorganisation du cerveau est considérable : la cavité de l'abcès aurait certainement pu contenir le volume du poing. Les corps opto-striés sont à nu et en partie détruits ; au milieu du pus, existent de gros fragments de cerveau qui sont comme sphacelés et répandent une odeur infecte.

Il n'y a pas trace de poche de l'abcès ; sur ses limites, la substance cérébrale est profondément ramollie et désorganisée jusque dans le lobe frontal. Seule la substance grise paraît avoir opposé une certaine barrière à l'extension de la suppuration.

On serait étonné, si on ne savait que les choses se passent souvent ainsi, que des lésions si considérables n'aient pas produit de troubles moteurs, sensitifs intellectuels plus marqués.

Nous nous attendions à trouver de l'encéphalie, mais non une désorganisation si étendue ni si avancée.

L'examen des cellules mastoïdiennes, après rugination de l'apophyse mastoïde, a montré une rougeur prononcée de la muqueuse, mais pas de suppuration. Nous avons borné là nos recherches.

Observation V (GRIVOT)

Le 23 mai 1902, on amenait de la ville à l'hôpital Lariboisière, un malade dans le coma avec le diagnostic de méningite. Il était dans le décubitus dorsal, les membres en résolution,

absolument insensible aux excitations et ayant eu une émission assez abondante d'urine dans le bureau des admissions. Les personnes qui l'accompagnaient nous donnèrent quelques détails sur la maladie. Sans aucun accident traumatique, les douleurs de tête, qui avaient été le premier symptôme, étaient apparues une quinzaine de jours avant, malgré cela le malade avait pu continuer à travailler jusqu'au dimanche précédent.

Le lundi, 19 mai, il s'était senti plus mal et était resté chez lui ; dans l'après midi, il avait eu quelques nausées et un vomissement ; vers la fin de l'après-midi, assez brusquement, après avoir éprouvé pendant quelques instants de la difficulté pour causer, il avait perdu connaissance. Tandis qu'il était dans le coma, des mouvements convulsifs des membres, surtout du côté droit ? furent remarqués.

Le lendemain matin, 20 mai, il avait repris connaissance, mais il resta couché, bien qu'aucune parésie n'ait été notée ; journée se passa bien, le malade s'alimentait un peu, seule la céphalée persistait.

Malheureusement, dans l'après-midi du lendemain, il tombait de nouveau dans le coma, état qui persista jusqu'à son arrivée à l'hôpital quarante-huit heures après.

Si nous n'avions pas été un otologiste et surtout si nous n'avions pas été l'élève du Dr Lermoyez, nous aurions probablement arrêté là notre enquête et reçu ce malade dans un service de médecine en diagnostiquant, comme le médecin de la ville, une méningite tuberculeuse. Mais nous avions aux oreilles les paroles souvent répétées par notre maître au sujet des méningites : « Que de prétendues méningites tuberculeuses ne sont que des accidents encéphaliques d'origine otitique ! *Le Bulletin municipal de statistique* enregistre à Paris, chaque semaine, vingt à

vingt cinq décès par méningite simple, l'oreille peut revendiquer au moins la moitié de ces cas. »

Dans les cas habituels et dans le nôtre en particulier, la famille n'avait certainement pas eu l'attention attirée par des phénomènes auriculaires puisqu'elle n'en parlait pas ou s'il s'en était produit ils n'avaient éveillé aucun souci, puisque personne n'y avait attaché aucune importance et surtout aucune relation avec les accidents cérébraux. Aux questions précises posées sur ces faits, il nous fut répondu que le malade avait souffert de son oreille gauche un mois auparavant. Y avait-il eu écoulement ? Après s'être interrogées, une des deux personnes ajouta qu'en effet au bout de quelques jours, un écoulement était apparu et avait cessé très rapidement.

S'agissait-il d'une otite chronique suppurée et réchauffée ? Impossible d'être renseigné.

Ces éléments nous suffisaient pour admettre la possibilité d'une complication intra-cranienne d'origine otitique dont il restait à établir la véritable nature.

Le malade transporté dans une salle et couché, nous procédons à un examen général plus complet. Décubitus dorsal, sans agitation ; on peut facilement le changer de position, aucune raideur des membres ou de la nuque. Yeux fermés ; en soulevant les paupières, on constate que les pupilles sont égales, petites, réagissant à la lumière.

Aucune sensibilité. Le pouls est ralenti, assez plein, soixante-quatre pulsations, les mouvements respiratoires sont réguliers, la température est à 37°.

Le diagnostic posé fut celui d'abcès cérébral en nous appuyant, pour éliminer la méningite, sur la température normale et le peu de fréquence des pulsations. Quant à préciser le siège exact,

tout en penchant pour un abcès du lobe temporal, nous comp-
tions sur la découverte des lésions osseuses au cours de la
trépanation pour conduire sur l'abcès. L'opération décidée et
toutes les choses nécessaires étant préparées, le Dr Bouglé, dans
le service duquel était notre malade, nous offrit le rôle d'opé-
rateur, se réservant celui d'aide.

Anesthésie chloroformique. — Après tous les soins antisepti-
ques habituels, le champ opératoire est limité avec des com-
presses. Incision rétro-auriculaire de la peau, du tissu cellulaire
et du périoste, ce dernier ruginé, on fait l'hémostase avec quel-
ques pinces, nous attaquons la corticale en arrière de l'épine de
Henle, puis nous creusons notre puits osseux qui doit nous
conduire à l'antre.

L'os est sain et compact, nous travaillons uniquement à la
gouge et au maillet et assez superficiellement, bien que n'ayant
pas dépassé, comme limite supérieure, la ligne temporale, nous
mettons la dure-mère à nu. Ceci nous semble au premier abord
extraordinaire, puis nous remarquons ce fait : une horizontale,
passant par la limite inférieure de la dure-mère, se trouve
au-dessous du bord supérieur du conduit auditif osseux. Nous
n'hésitons pas à dénuder la dure-mère pour élargir le chemin
opératoire ; la trépanation dans l'os compact, est surtout aug-
mentée en bas et en arrière, mais rien ne semble devoir nous
conduire à l'antre qui doit manquer ou se trouver plus profon-
dément, recouvert par la dure-mère et le cerveau. Ne nous
attardant pas plus, la dure-mère est incisée en croix au niveau
de la partie mise à nu, et le cerveau fait hernie ; prenant alors un
bistouri assez long, nous faisons les ponctions suivantes : la pre-
mière presque horizontalement sur 6 cm environ ; la deuxième
presque horizontale aussi mais dirigée vers l'hémisphère droit,

4 cm., la troisième presque verticale vers le bord supérieur de l'hémisphère, même profondeur ; la quatrième légèrement oblique en arrière et en haut, la cinquième, qui devait être la dernière, fut dirigée en avant mais plus obliquement en haut que la première, un flot de pus infect s'écoulait ; après agrandissement de l'orifice de pénétration à la sonde cannelée, un drain était introduit et maintenu par un point au catgut. Nous abandonnions la recherche de l'antra et des lésions du rocher.

Pansement sec avec la gaze aseptique et légèrement compressif car le cerveau fait hernie très fortement.

Le lendemain 25 mai, lorsque nous revoyons le malade, c'est une véritable résurrection : légèrement soulevé dans son lit, les yeux ouverts et prononçant quelques mots, peut dire son nom, son âge, son adresse, il a demandé à uriner, etc. ; sans être revenu à l'état normal, il y a une amélioration notable. La température reste à 37, le pouls à 68. Alimentation liquide. Le pansement est renouvelé, le drain enlevé, on élargit avec une pince hémostatique les lèvres de l'orifice, pour faciliter l'écoulement du pus, on replace un autre drain après avoir exploré la cavité avec la sonde cannelée. La substance cérébrale et la dure-mère qui font hernie fortement ont pris une coloration unique rouge, vineuse, qui empêche de les distinguer l'une de l'autre ; la gaze du pansement ayant adhéré assez fortement à ces dernières, on fait un pansement humide pour l'éviter.

2 mai. — Dans la journée précédente le malade a reçu la visite de sa famille et il a bien reconnu les personnes présentes, il a même causé d'une manière suivie pendant quelques instants, mais pour ne pas le fatiguer, on n'a pas insisté. L'état général continue à s'améliorer, le malade se plaint de la faim, trouvant l'alimentation liquide insuffisante. Température 37°.

Le pansement est fait à nouveau, trente-deux heures après le précédent, la hernie cérébrale semble s'affaïsser un peu, elle est plus dépressible. Après enlèvement du drain, on élargit à nouveau l'orifice, en ouvrant une pince hémostatique, la cavité de l'abcès renferme du pus assez liquide et fortement sanguinolent, deux drains placés en canon de fusil.

28 mai. — Le pansement est renouvelé, rien à signaler, l'amélioration semblant devoir continuer. Le malade est revu à 6 heures, le soir la température est montée à 38°,6, il est un peu agité et absorbé, son pouls est à 96.

30 mai. — La nuit a été mauvaise, agitation continuelle ayant obligé à attacher le malade ; il semble retombé dans le coma, prononçant seulement quelques mots, mais ne répondant pas aux questions ; la température est à 39°,4, le pouls à 100.

Nous pensons en présence de ces accidents qui ont débuté il y a dix-huit heures et qui persistent en s'aggravant que l'infection a envahi l'espace sous-arachnoïdien et que la terminaison fatale que nous avions écartée pour quelques jours, va se produire assez rapidement ; en effet le malade meurt dans la soirée ayant continué à délirer et la température s'étant élevée jusqu'à 40°.

L'autopsie est faite le 1^{er} juin, la calotte crânienne enlevée on incise la dure mère en T et les hémisphères sont mis à nu. A droite tout est normal, à gauche, il existe une coloration rouge due au sang épanché sous la dure-mère. Après nettoyage sous un filet d'eau nous recherchons en vain s'il existe quelques traînées purulentes le long des vaisseaux pie-mériens, au fond des sillons qui séparent les circonvolutions de la convexité. L'hémisphère gauche ne semble pas augmenté de volume. Les deux hémisphères sont enlevés l'un après l'autre en commençant

par celui de droite. La base est examinée également mais aucune traînée purulente n'est découverte.

L'hémisphère droit est coupé en tranches horizontales il est fait de même pour celui de gauche, lorsque l'abcès est mis à découvert, nous lavons sous un filet d'eau sa cavité et nous constatons en plus de son volume assez considérable l'absence de membrane d'enkystement ; le tissu cérébral avoisinant est fortement vascularisé et diffluent, enfin il existe une large communication avec le ventricule latéral, c'est ce dernier fait qui a amené rapidement la mort. L'étage cérébelleux exploré ne contenait rien de particulier.

Nous examinons ensuite avec soin le rocher sur la face supérieure ou cérébrale, nous découvrons au niveau du toit de l'antre une teinte grisâtre de la lame osseuse, et c'est à ce niveau qu'à dû se faire l'infection, mais nous remarquons également un autre fait très important.

Il existait dans la moitié postérieure de la face supérieure, c'est-à-dire sur deux centimètres environ, un changement considérable de niveau. Cette dernière moitié au lieu de se trouver sur le même plan horizontal que la moitié antérieure était abaissée d'au moins 1 centimètre, ceci expliquait la découverte de la dure-mère que nous avons trouvée assez superficielle et très abaissée. Abandonnant l'étage cérébral, nous continuons la trépanation pour mettre à découvert l'antre, le rocher est absolument compact. Après avoir fait sauter à la gouge la paroi postérieure du conduit dans sa moitié et avec elle la paroi externe de l'aditus le mur de la logelle, nous avons mis à découvert l'antre et la caisse.

L'antre qui mesure environ 8 millimètres dans le sens antéro-postérieur est légèrement, obliqué d'avant en arrière et de haut

en bas ; en hauteur il mesure 4 à 5 millimètres au plus ; il se trouvait beaucoup plus profondément que le bord de l'hémisphère cérébral que nous avons mis à découvert puisqu'il a fallu encore enlever une certaine épaisseur d'os résistant pour l'apercevoir.

L'écaille enlevée jusqu'à la scissure de Glaser permet de voir les différences de hauteur de la face supérieure du rocher. On voit l'angle de réflexion de la dure-mère qui va remonter sur l'écaille et on s'explique comment l'antre, qui était plus profondément situé et sur un niveau à peu près égal à ce cul-de-sac, n'a pu être découvert lors de l'intervention.

Observation VI

BOUCLÉ (*Société anatomique*, juillet 1900, p. 762). *Abcès cérébral d'origine otique. Trépanation. Évacuation de l'abcès. Mort de méningite suppurée au huitième jour.*

Femme souffrant de l'oreille gauche depuis quelques jours et trouvée dans le coma. T. 37°,5 pouls 42.

Paralysie partielle du bras droit. La trépanation mastoïdienne fait trouver du pus dans l'antre avec quelques fongosités. On fait sauter le toit de la caisse et on trouve du pus sur la dure-mère. Cette membrane incisée est couverte de pus à sa face interne. Le cerveau sans battements faisait hernie prononcée au centre de la trépanation.

Deux ponctions blanches au stylet Troisième ponction au bistouri à 15 millimètres environ ramène du pus verdâtre renfermant du pneumocoque à l'état de pureté.

Amélioration passagère le lendemain. Coma complet qui

devient intense au bout de deux jours, 40°. Une exploration nouvelle de la plaie permet de drainer la poche où se faisait un peu de rétention. Mort au bout de huit jours avec des phénomènes de méningite. T. 42°,4 après la mort. L'autopsie permit de constater que la poche de la grosseur d'une petite mandarine était parfaitement évacuée et drainée ; elle occupait le lobe temporo sphénoïdal. Infiltration purulente des espaces sous-arachnoïdiens sur toute la surface des hémisphères. Dans le sinus latéral petit caillot pariétal répondant à la mastoïde, indiquait un commencement de sinusite.

Observation VII

M. SACHS. *Abcès du cerveau à pneumo-bacille de Friedlander*
(Wien. Klin. Wochenschr., 1901, n° 41, p. 999).

Homme de 54 ans, entre dans le service du D^r Politzer avec de l'aphasie survenue à la suite d'une otorrhée du côté gauche. L'examen de l'oreille montre une congestion du tympan, mais pas de perforation.

Trois jours après son entrée, le malade présente une hémiparésie du côté droit, du strabisme divergent et quelques jours après une contracture des membres paralysés. Il va dès lors en s'affaiblissant et meurt dans le coma trois semaines après. On avait porté le diagnostic de tumeur cérébrale.

A l'autopsie, on trouve un ancien abcès gros comme un œuf de pigeon dans le lobe temporal gauche, lequel abcès était ouvert dans le ventricule latéral. Il existait, en outre, un œdème de la capsule interne et méningite suppurée récente.

L'examen bactériologique du pus a montré la présence exclusive des pneumo-bacilles de Friedlander.

D'après Sachs, il n'existerait dans la littérature médicale qu'un autre cas d'abcès cérébral à pneumo bacilles, celui de Dmochowski.

Observation VIII

MOURE (Bordeaux). *Abcès cérébral consécutif à une otite moyenne suppurée aiguë.*

Malade accusant de vives douleurs, des vertiges, mais pas de vomissements ni de troubles de la parole.

Température normale. Hémianopsie droite et cécité verbale avec aphasie et anémie. Le professeur Pitres diagnostique un abcès central au voisinage de la circonvolution courbe. Opération le 4 janvier 1899. La mastoïde était bourrée de granulations. Après l'établissement d'une communication entre l'antre et le tympan, on trouve le plancher de l'antre nécrosé et un petit séquestre dur, séparant la cavité du cerveau.

Extraction des séquestres, nulle issue de pus, les méninges semblent normales.

Ouverture de la portion supérieure du temporal, à environ 3 cent. 1/2 au-dessus du conduit auditif.

L'ouverture crânienne mesurait environ 3 centimètres de diamètre. Incision à travers la dure-mère et la pie-mère, déterminant une légère hémorrhagie facilement enrayée par la compression.

On introduit un bistouri à environ 3 centimètres en arrière et en haut dans la substance cérébrale ; cette ponction livre

passage à une quantité considérable de sang, comme si le sinus était largement ouvert. Compression avec de la gaze. Mais quand on retire celle-ci, l'hémorrhagie reparait si profuse qu'il faut interrompre l'opération et de nouveau obstruer l'orifice cérébral avec un tampon de gaze. Le lendemain, l'état général est bon. Le malade s'exprime sans difficulté, mais il est paralytique, la sensibilité est à peu près abolie du côté opposé à la lésion. Parésie du bras droit. Quelques jours après on anesthésie à nouveau le malade, on retire le tympan et l'on constate que les pulsations du cerveau sont normales. Suture de la peau pour éviter une hernie cérébrale et introduction de gaze dans le cerveau.

Le 10 janvier. — La sensibilité a reparu, l'état général est bon, pas de fièvre. Moure s'absente quelques jours et on continue à panser régulièrement le malade jusqu'au 15 janvier. A cette date on trouve le pansement saturé de pus. En effet, l'abcès cérébral s'est vidé à travers l'orifice ménagé dans le cerveau. L'hémianopsie a disparu. Insertion d'un drain de caoutchouc dans la cavité. L'amélioration se maintient jusqu'au 24 janvier. Mais à cette date le malade se plaint que le pansement lui comprime la tête; on l'enlève et l'on trouve une hernie cérébrale de la dimension d'une mandarine. Le 26 janvier, le malade tombe dans le coma et meurt subitement dans la soirée.

A l'autopsie on voit que l'abcès s'est ouvert dans le ventricule, et a déterminé la mort du malade.

Observation IX

MOURE. *Abcès cérébral d'origine otique méconnue. Mort. Autopsie* (Société française d'otologie, de rhinologie, et de laryngologie de 1897. Séance du 5 mai).

Femme accouchée depuis cinq jours, ayant présenté avant son accouchement des symptômes d'aliénation mentale ayant fait penser à de l'urémie, soit même à des troubles psychiques d'origine puerpérale, au point que la malade fut accouchée prématurément. Après la délivrance les symptômes ayant persisté et l'oreille droite suppurant, M. Moure fut appelé à l'examiner. Il conclut à des lésions intra-craniennes d'origine otique et proposa une intervention. La cavité mastoïdienne et la caisse qui étaient remplies de fongosités et de pus furent soigneusement curettées, écouvillonnées au $ZnCl^2$, la fosse cérébrale moyenne fut ouverte, il existait à ce niveau du pus et des fongosités, des symptômes de méningite localisée. Pensant que ces lésions pouvaient expliquer les phénomènes observés, M. Moure arrête là son intervention qu'il se proposait de pousser plus avant si les symptômes persistaient ; mais la malade succomba 48 heures après l'opération ; et à l'autopsie on trouva un vaste abcès cérébral ayant détruit tout le lobe temporo-sphénoïdal ; il avait la grosseur d'un bel œuf de poule et s'était ouvert dans le ventricule. La substance cérébrale était absolument ramollie autour de lui car l'abcès n'était pas enkysté. La latence des phénomènes et l'état puerpéral de la malade rendaient le diagnostic impossible.

Observation X

DETCH EDWARD. (Séance de 1901 de la Société américaine d'otologie, observation résumée dans les *Annales des maladies des oreilles, des larynx, nez et pharynx*, décembre 1902 P. 588)

Au sujet d'un abcès cérébral otitique opéré et guéri.

Au cours d'une otite datant de quelques semaines, le malade est pris de céphalée violente, de convulsions, il tombe dans le coma. Respiration lente et soutenue ; réflexe rotulien manque ; pupille immobile, névrite optique à gauche, T. 39.

Opération. — Évidemment large de la mastoïde, on ne trouve aucune fistule conduisant dans le crâne. Trépanation de l'écaille à 2 centimètres et demi au-dessus du méat. La dure-mère qui recouvre le toit de la caisse est soigneusement soulevée.

Juste à ce niveau elle apparaît d'une teinte sombre. Incision curviligne de la dure-mère partant de ce point, circonscrivant un lambeau rabattu en bas.

Le cerveau bombe. On l'explore à la sonde cannelée dans diverses directions et on ouvre l'abcès en dirigeant l'instrument en bas et en arrière.

Reprise des accidents quelques jours après ; on introduit le doigt dans la plaie et on ouvre une deuxième cavité pleine de pus, située en avant de la première et communiquant avec elle par un étroit pertuis. La guérison survint progressivement avec à plusieurs reprises, l'apparition des symptômes, tels que fièvre, céphalée, torpeur, dus à la rétention du pus et disparaissant avec chaque disparition de celui-ci.

Observation XI

D^r COSTININ (Bucharest). Section d'otologie. *Otite moyenne droite, purulente, chronique, avec polype. Consécutivement, abcès cérébral et hémiplégie gauche. Trépanation de la mastoïde. hémicraniectomie temporaire, antrectomie. Guérison.*

Le 25 mars 1900, je fus appelé chez M. H. C. pour une otite qui le faisait souffrir depuis quelque temps.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Cet homme âgé de 36 ans, boucher, me dit qu'il avait cette maladie depuis 12 ans.

Pas d'antécédents héréditaires; ses parents bien portants sont encore en vie, le père âgé de 80 ans et la mère de 70. Chez les collatéraux, rien non plus.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Il a eu la fièvre palustre à 8 ans, à 16 ans des rhumatismes articulaires. Depuis 12 ans il souffre de l'oreille droite : au commencement il a eu de grandes douleurs dans cette oreille, avec des maux de tête, vertiges et bourdonnements. Une fois que l'écoulement du pus commence, les douleurs de tête et les vertiges cessent.

A partir du moment où l'otorrhée s'est établie, il n'a plus entendu de cette oreille.

Depuis qu'il a commencé à se soigner, l'écoulement cessa pour un temps quelconque ; pendant cet intervalle il souffrait de maux de tête très intenses.

Il y a deux ans, revenant d'Afrique, il a eu une tuméfaction douloureuse autour de l'oreille droite et à la joue du même côté.

Il ne se rappelle pas à ce moment s'il a eu un écoulement purulent du nez ; il n'a pas eu la syphilis.

L'hiver 1899, il a eu l'influenza pendant un mois : pendant cette maladie il observa, sans cependant y attacher grande importance, qu'avec le pus de l'oreille, il coulait en même temps du sang, et qu'il avait de temps en temps des douleurs dans la région temporo-frontale droite.

Les bourdonnements de l'oreille qui ne l'ont pas quitté depuis le commencement de sa maladie, continuent et même avec plus d'intensité.

Examen du malade. — Le malade est d'une taille moyenne, bien conformé, le système pileux très développé. En examinant l'oreille droite, je constate du pus qui coule en quantité, fétide et verdâtre ; en nettoyant le conduit, je remarque qu'il est rempli d'un gros polype, sale, rouge, violacé, qui saignait au moindre attouchement.

Il n'entend pas le tic-tac d'une montre, même appliquée sur l'oreille ; il entend le parler à haute voix, à une distance de deux mètres.

Je n'observe rien du côté de la mastoïde, et le malade non plus ne s'en plaint pas.

Rien dans le nez, ni dans le pharynx, seulement la muqueuse un peu plus hyperhémisée ; l'odorat est diminué.

Le malade se plaint de légers maux de tête et d'une faiblesse générale.

Rien aux poumons et au cœur ; le foie et la rate ne semblent pas agrandis. Pas de température ; le patient vaquait à ses occupations.

Il devait venir chez moi le lendemain, 26 mars, pour se faire enlever le polype ; mais ce même jour, je fus subitement appelé

chez lui et je le trouvai couché, à peine prononçant quelques paroles. ne pouvant plus bouger, la main et le pied gauches inertes. Ptosis à l'œil droit. Les membres gauches inertes, flasques. Les mouvements réflexes sont abolis ; cependant le réflexe patellaire est conservé au pied gauche comme au pied droit. La bouche est déviée à gauche.

La respiration est normale ; le pouls est plein, 56 par minute. Température 38°.

L'intelligence est conservée. Le malade me montre la partie droite de la région temporo-frontale, où il avait des douleurs atroces et des élancements. Les pressions sur cette région lui augmentaient la douleur.

Pas de douleur ni autres symptômes dans la région mastoïdienne ou ailleurs. Pas de vomissements, pas de raideur dans la nuque, pas de torticollis.

Devant ces phénomènes, le diagnostic : *abcès cérébral et hémiplégie gauche otitique* s'imposait.

Je l'envoie d'urgence à l'hôpital Filantropia, dans le service chirurgical de M. le Dr G. Nano ; là on l'examine encore une fois et cet examen donne le même résultat. L'urine ne contient pas d'albumine. La vessie distendue contient 300 grammes d'urine qui sont retirés à la sonde ; le sphincter anal n'est pas relâché.

Intervention chirurgicale. — Le 27 mars, quoique la région temporale fût indiquée pour être le champ opératoire, afin de se conformer au principe qui dit que, dans de tels cas, il est bien d'intervenir d'abord à la mastoïde, M. le Dr Nano fait la trépanation de la mastoïde à l'endroit indiqué : L'os est dur ; on ne trouva pas de pus.

En tombant sur le sinus latéral droit, on abandonne cette

région. Dans la même séance, on fait l'hémicraniectomie temporaire, on découvre les méninges et on fait une ponction avec la seringue, vers la partie inférieure de la scissure de Rolando : n'y trouvant rien, on fait une deuxième ponction dans la partie inférieure, au niveau du lobe temporal. Ici on a la sensation que l'aiguille de la seringue a pénétré dans une cavité, et, en effet, on retire du pus, fétide, de couleur gris-verdâtre, en quantité de 110 grammes.

On incise les méninges à ce niveau et on introduit dans la cavité un tube de drainage, qui est mis ensuite dans un trou fait *ad hoc*, dans la portion inférieure de l'extrémité postérieure du lambeau osseux. On lave abondamment la cavité avec du sublimé à 1/1000, on ferme la plaie en suturant les téguments sur toute l'étendue de l'incision courbe ; on met de la mèche stérilisée dans la cavité de la mastoïde : les deux opérations ont duré une heure.

Une demi-heure après l'opération, le malade recouvre les mouvements réflexes des membres gauches ; le lendemain, il peut répondre très bien à toutes les questions, la bouche n'est pas déviée, les mouvements volontaires des membres gauches sont complets. Le pouls est à 70 et la température à 37°.

On change les pansements tous les jours.

Par le tube de drainage on injecte une solution d'acide phénique à 5 pour 100, des lavages abondants avec du sublimé à 1 pour 100 et l'on termine par le sérum artificiel.

Le 30 mars. — On voit que par le tube de drainage, par le conduit auditif externe et même par la mastoïde opérée, il sort une grande quantité de pus verdâtre, sale et fétide.

En injectant une solution colorée par le tube de drainage,

on constate que la cavité sous-méningienne communique avec l'oreille moyenne et l'incision de la mastoïde.

Le 5 avril. — On enlève les points de suture, la cicatrice étant complète.

Le 18 avril. — Pendant qu'on faisait le pansement, le malade se plaint de maux de tête; il sent des fourmillements dans les membres supérieurs et inférieurs gauches; le pouls est faible et fréquent: aussitôt après, le malade perd connaissance pendant 24 heures: température 38°; nous avons cru que cela tenait au fait que la pression avec laquelle on injectait le liquide était trop forte; et c'est pourquoi nous supprimons les injections.

Pendant le 21 avril, le malade tombe dans le coma; la température est élevée et le pouls varie entre 50 et 60 par minute.

Cet état dure trois jours.

Enfin, il se remet de nouveau: le 26 avril, quand on lui enlève le pansement, on trouve une collection purulente entre les téguments et l'os: α) autour du tube de drainage, sur une surface comme une pièce de 5 francs; β) au niveau de la partie moyenne de l'incision courbe de l'hémicraniectomie.

Ces collections ne communiquent pas entre elles. On ouvre la collection supérieure et on la draine. La suppuration ne diminuant pas, et le polype étant toujours dans le même état, le 28 avril, M. le Dr Mano intervient pour la troisième fois. On reprend la trépanation de la mastoïde et on fait l'antrectomie. On enlève le polype, on excise aussi la partie osseuse où on a logé le tube de drainage. Ni dans cet endroit, ni dans la mastoïde, on ne trouve une nouvelle collection purulente, mais seulement une grande quantité de fongosités qui couvraient les méninges et qui ont été râclées.

La portion moyenne de la cicatrice supérieure des téguments défaits, on y trouve, sur une étendue de 10 centimètres, l'os dénudé sur une largeur d'un centimètre.

Le lambeau osseux pour hémicraniectomie est séparé du reste de la boîte crânienne par des fongosités. Toutes sont râclées et on draine la plaie avec mèches stérilisées.

Après cette dernière intervention, on continue avec les pansements, régulièrement et, désormais, les suites sont des plus heureuses. Le malade reprend ses forces ; il peut quitter le lit, mange d'un bon appétit, l'écoulement diminue, la cicatrisation avance, les douleurs n'existent plus, et l'otorrhée disparaît complètement.

Le 2 juin. — On examine de nouveau le malade, on observe un très léger écoulement de l'oreille moyenne, pas de traces de polype. La membrane du tympan est perforée juste au milieu. Il entend le tic-tac de la montre à deux centimètres de l'oreille, et quand on lui parle à haute voix, il entend aussi à cinq mètres.

L'anosmie est complète.

Le 14 juin. — Il sort de l'hôpital complètement guéri.

Le malade a été revu depuis, plusieurs fois, et pour la dernière fois le 20 juillet.

Il est bien portant ; l'otorrhée a complètement disparu. Il entend le tic tac de la montre à cinq centimètres et la voix mi-haute à six mètres. Les bourdonnements ont complètement disparu.

L'examen du pus de l'abcès, et plus tard du pus qui s'écoulait par le conduit auditif, a été fait par M. Robin, chef du laboratoire de l'hôpital. Voici le résultat :

Le pus provenant de l'abcès cérébral, d'une odeur intense,

fécaloïde, contenait en grande partie un mélange de microbes :

1° Un bacille fin, prenant le Gram.

2° Des bacilles plus gros, aux extrémités arrondies, se décolorant par le procédé de Gram.

3° Des bactéries courtes ou des cocci oblongs se décolorant par le procédé de Gram ;

4° Des filaments fins, ondulés, ne prenant pas le Gram.

Lesensemencements faits dans l'agar, avec glucose, d'après le procédé de Veillon et Zuber pour les anaérobies nous ont donné :

Dans toutes les dilutions faites dans une série de dix tubes d'agar-glucose, des nombreuses colonies, remontant jusqu'à la surface de la colonne d'agar, (10 centimètres de hauteur) accompagnées d'abondantes productions de gaz qui avait produit le brisement de l'agar, même après 24 heures d'étuve (37° C.), nous empêchant de continuer l'observation et de pouvoir faire l'isolement des colonies.

Par lesensemencements à la surface de l'agar glycérimé nous avons pu cultiver et noter deux bacilles.

Bacille n° 1. — Sur l'agar, il produit des colonies ou un enduit presque transparent, assez mince, qui en quelques jours envahit toute la surface du milieu nutritif. Au microscope on voit un bacille de 0,6 à 0,7 de μ de grosseur et de longueur variable, avec prédominance des formes courtes ; on trouve parfois des filaments assez longs et contournés. Bacille très mobile, se décolorant par le procédé de Gram ; il fermente la glucose, peu ou pas la lactose, coagule le lait, produit de l'indol en abondance, liquéfie la gélatine. Toutes les cultures de ce microbe dégagent une odeur forte, piquante, un peu fécaloïde.

Bacille n° 2. — Produit des colonies, plus épaisses, blanchâ-

tres, un peu translucides, ou un enduit du même aspect Bacille plus gros, mobile mais un peu moins que le bacille n° 1 ; il ne prend pas le Gram, fermente la glucose ainsi que la lactose, coagule le lait, ne liquéfie pas la gélatine, produit aussi de l'indol, trouble uniformément le bouillon. L'odeur dégagée par les cultures est un peu différente et moins forte que celle produite par les cultures du bacille n° 1.

CONCLUSIONS. — Quoique nous croyons que le pus contenait des anaérobies (le bacille fin prenant le Gram ?) nous n'avons pu cultiver que les bacilles décrits. Le bacille n° 1 d'après les caractères étudiés, peut être identifié au « *Bacillus proteus vulgaris* » (Hauser). Le bacille n° 2 est un bacille du groupe « *coli communis*. »

Le 2 juin nous avons fait desensemencements de la sécrétion séro-purulente qui s'écoulait encore en petite quantité de son oreille malade, et nous avons obtenu d'emblée, en culture pure, un bacille absolument identique au bacille n° 1, c'est-à-dire le « *proteus vulgaris*. »

De cette observation, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Les paroles de Wilde que « toute suppuration chronique de l'oreille peut devenir mortelle » doivent être toujours présentes à notre esprit.

Nous croyons que l'abcès cérébral s'est formé petit à petit, et que les périodes de suppression de l'écoulement qui coïncidaient avec les maux de tête, coïncidaient aussi avec la formation du pus.

L'influenza qu'il a eue, a été le coup de fouet.

Quant à la pathogénie, nous croyons que la propaga-

tion de l'abcès s'est produite de la caisse dans le lobe temporal, par l'intermédiaire des petites veines et des vaisseaux lymphatiques, en s'enkystant, et qu'une partie de la substance blanche du cerveau a été saine.

Le siège de l'abcès a été dans le lobe temporal, et la paralysie survenue a été provoquée par la compression à distance.

Un autre fait intéressant, c'est qu'on n'a pas trouvé les microbes de la suppuration, ni des streptocoques, ni des staphylocoques, mais des microbes anaérobies qui peuvent être le « *proteus vulgaris* » et les bacilles du groupe de « *coli communis* ».

Le diagnostic de l'abcès cérébral a été fait sur les symptômes subjectifs et objectifs que présentait le malade.

L'intervention chirurgicale a été des plus heureuses et faite d'après toutes les règles, en commençant avec la trépanation de la mastoïde, où on trouve quelquefois le mal, sans avoir aucun signe qu'elle est malade, et en terminant avec l'antrectomie, qui, dans ce cas, a été nécessaire pour faire nettoyer toutes les fongosités et extraire le polype.

L'hémicrâniectomie est le meilleur procédé, d'après nous, dans les cas d'abcès cérébraux, parce que le champ opératoire est plus large, et on peut travailler à son aise au profit du malade.

Observation XII

WEINREICH. — *Opération d'un abcès cérébral consécutif à l'otite chronique. Guérison (Deutsche Militarar Zeitschrift Mai 1901, p. 180).*

Abcès développé dans le lobe temporal gauche consécutivement à l'otite moyenne chronique. La sécrétion purulente avait disparu depuis quelques jours, quand le malade présenta brusquement une température de 39°4, avec malaise général, céphalée, frissons. Langue saburrale, constipation, subdélire. Bientôt des douleurs se localisent à la région temporale gauche, et on vit apparaître du même côté, sur la limite du cuir chevelu, de l'œdème coloré et de la sensibilité à la pression ; quelque temps après, on aperçoit de la fluctuation à ce niveau.

Quinze jours après le début apparurent de la raideur de la nuque, une grande sensibilité des muscles cervicaux surtout au niveau de la 3^e vertèbre cervicale. Papilles normales. Pouls 60 à 75. Température 30°6.

Incision *loco dolente*, on trouve environ 20 centimètres cubes de pus, sous le périoste de l'écaille temporale, on découvre l'os sur environ 4 centimètres, celui-ci paraît normal. Peu à peu les phénomènes morbides disparaissent, mais dix jours plus tard l'état s'aggrave brusquement, délire, perte de connaissance, pupilles dilatées, réagissant peu, pouls 60, puis 48. On pense à un abcès cérébral, et on trépane au niveau de l'incision primitive en avant de l'artère temporale. La dure-mère apparaît grise, congestionnée, tendue. On y pratique une inci-

sion cruciale, la substance cérébrale rougeâtre permet de sentir de la fluctuation.

On enfonce l'aiguille d'une seringue de Pravaz qui rencontre de la résistance à une certaine profondeur, et on retire environ 50 centimètres cubes de sérosité grise, mélangée de pus jaunâtre. L'abcès est incisé et tamponné prudemment à la gaze iodoformée.

Peu de jours après, le pouls et la température redevinrent normaux. L'obnubilation diminue. Mais il apparut une légère parésie faciale droite. Comme il y avait menace de hernie cérébrale, on sutura partiellement la plaie, en ne laissant qu'un petit drain. Quarante jours après, le malade était presque complètement guéri, ne présentant plus qu'un peu de fatigue cérébrale. La suppuration de l'oreille ne se manifesta plus.

Observation XIII

WEIN KEICH (*Deutsche Militarär Zeitschrift*, mai 1901.
Page 280.)

Il s'agit d'un abcès qui s'était développé dans le lobe temporal gauche consécutif à une otite moyenne chronique. La sécrétion purulente avait disparu depuis quelques jours quand le malade présenta brusquement un mauvais état général accompagnant une température de 39° 4. Sur la région temporale apparut au même moment de l'œdème cutané avec sensibilité à la pression et de la fluctuation ; 15 jours après on constata de la raideur de la nuque.

Les pupilles étaient normales.

En incisant *loco dolente*, on trouva un peu de pus sous-périosté

et les phénomènes morbides s'amendèrent ; mais dix jours plus tard, le malade est pris de phénomènes graves avec délire, perte de connaissance, pupilles dilatées, pouls petit.

L'auteur trépana alors au niveau de l'incision primitive, et trouva la dure-mère grise, tendue et congestionnée. La surface rougeâtre de la substance cérébrale laissait percevoir nettement la fluctuation.

Une ponction avec la seringue de Pravaz, ramène 50 centigrammes de sérosité louche, mélangée de pus. l'abcès fut incisé et drainé.

La guérison survint peu après et l'écoulement d'oreille ne reparut plus.

Observation XIV

LERMOYEZ. — *Abscès otogène du cerveau. Opération. Guérison.* (Communication à l'Association française de chirurgie, session d'octobre 1902). In *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx* (Lermoyez, Sébilleau). Tome XXIX n° 1, janvier 1903, page 46.

T... Gustave 27 ans, instituteur, hôpital Saint-Antoine. Salle Ithard, n° 4.

Un fait important dans son passé pathologique : il y a 10 ans, aux colonies, abcès malariques pernicieux.

Vers cette époque, il eut un écoulement de l'oreille gauche, qui passa inaperçu et guérit sans soins.

Il y a 4 mois, fièvre typhoïde grave, à la suite de laquelle l'écoulement de l'oreille reparut. Le malade, n'y prêtait encore aucune attention, quand vers le 20 janvier, il se sent mal à

l'aise, et bientôt éprouve des maux de tête intolérables, avec maximum occipital. Néanmoins, il continue à vaquer à ses occupations, quand souffrant de plus en plus, il se rend le 2 février chez un pharmacien pour acheter de l'antipyrine.

Arrivé là, il ne trouve plus ses mots, et présente nettement de la paraphasie. Il essaie encore de travailler, mais le 4 février éclate un très violent frisson.

Et le lendemain 5, le malade souffrant de plus en plus se rend à pied à l'hôpital Saint-Antoine, où je l'admets dans mon service.

Au moment de son arrivée, T..., que je rencontre dans la cour de l'hôpital, a toute sa lucidité d'esprit, s'exprime très couramment, et remplit très bien toutes les formalités de l'admission : je suis seulement frappé de la fatigue profonde que dénotent ses traits : on dirait un homme profondément atteint. Vers 5 heures du soir, se promenant dans la salle, il pousse un cri, tombe à la renverse sans convulsion, et quand après 3 ou 4 minutes, il sort du coma, il demeure un certain temps sans pouvoir trouver ses mots.

6 février, temp. 40°

Le malade est un peu prostré, quoique répondant très nettement. Facies amaigri, tiré, terreux. Impression de souffrance, et surtout d'extrême fatigue.

Céphalée intense diffuse. Raideur de la nuque et du dos assez marquée. Reflexes rotuliens un peu exagérés, surtout à droite. Pas de trépidation épileptoïde provoquée. Pas de Kernig. Pas de Romberg, pas de titubation dans la marche. Pas de paralysie musculaire ; pas de troubles de la sensibilité. Pas d'Argyll Robertson. Pas d'inégalité pupillaire. Nystagmus horizontal assez marqué sur les deux yeux.

LOCALEMENT. — Oreille droite : normale.

Oreille gauche. Conduit plein de pus fétide, avec bourgeons masquant le tympan. Téguments mastoïdiens normaux, sans rougeur ni empâtement. Douleur très nette à la pression seulement au niveau de l'antre, mais pas à la pointe ni au bord postérieur de l'apophyse. Cou souple.

Rien au cœur ni à l'abdomen. Légère submatité et quelques craquements, au sommet droit en arrière.

Sans vouloir m'arrêter au diagnostic de syphilis cérébrale, mis en avant par quelques assistants, en raison de la céphalée intense coupée de crises de coma, et de paraphasie, je n'hésite pas à mettre en cause l'oreille qui suppure, et séance tenante, je procède à l'ouverture de la mastoïde suspecte.

Première opération. — (Ouverture d'un abcès extra-dural, et évidemment pétro-mastoïdien).

Incision rétro-auriculaire : périoste intact. Trépanation d'une apophyse scléreuse. A un 1/2 centimètre de profondeur, la gouge ouvre une cavité contenant une cuillerée à soupe de pus fétide. Celle-ci n'est autre que le foyer d'un vaste abcès extra-dural, communiquant avec l'antre par une perforation externe du toit. Pas de cholestéatome.

L'abcès extra-dural est largement mis à nu, en faisant sauter l'écaille temporale, sur une étendue d'environ 3 centimètres de diamètre : on s'abstient de curetter la dure-mère très fongueuse, mais on constate que le cerveau présente ses battements normaux. Achèvement de l'évidement pétro-mastoïdien.

7 février. — T. m. 38°, 2. T. s. 38°, 8.

Nuit calme, diminution notable des maux de tête. Un peu de raideur de la nuque. Pouls 80, régulier.

8 février. — T. m. 37°, 9. T. s. 38°. Pouls 90.

Mêmes symptômes.

10 février. — T. m. 37°. Ne souffre plus, bon état général.

12 février. — Pas de fièvre. Depuis hier, retour des maux de tête. Pas de Kernig. P. 64. Régulier, égal.

Le malade répond bien aux questions qu'on lui pose, mais il maigrit et semble très absorbé. Le mauvais état général, tranche sur la chute de la température, et sur le bon état de la plaie qui se déterge et ne montre aucune rétention de pus.

Soudain, tandis que je change le pansement, brusquement apparaît de l'aphasie, qui persiste. Il y a cécité verbale, sans surdité verbale, aphasie motrice incomplète, ou plutôt paraphasie, et enfin agraphie.

Ce fait, joint aux renseignements que nous donne la surveillante que toute la journée d'hier, le malade a été somnolent, et qu'il a eu quelque peine à s'exprimer, donne à penser qu'il existe un abcès cérébral, masqué jusqu'ici par les symptômes de l'abcès extra-dural.

Séance tenante, je vais à sa recherche.

Deuxième opération. — (Ouverture d'un abcès cérébral par voie temporale).

A travers la brèche osseuse temporale déjà faite et qui donne un jour très suffisant, j'incise la dure-mère, très épaisse et comme lardacée, elle adhère légèrement à l'écorce.

Pas de lepto-méningite. La surface cérébrale semble normale, pas d'exsudat, pas de congestion pie-mérienne.

Les battements cérébraux, très nets, lors de la première opération, ont disparu. Je pratique alors avec un bistouri mince, une ponction du cerveau, à 4 centimètres de profondeur, directement en dedans parallèlement au toit du rocher.

Quelques instants après que le bistouri a été retiré, il s'écoule

environ deux cuillerées à café de pus brunâtre, mal lié, très fétide.

Lorsque cet écoulement semble s'arrêter, je dilate ce trajet en y introduisant une pince de Kocher, dont j'écarte doucement les branches. L'écoulement recommence alors, et donne encore une bonne cuillerée à dessert de pus jaune, et mieux lié que le précédent, qui semble venir de la partie postérieure du cerveau. Drainage avec un gros tube de caoutchouc, pansement à la gaze iodoformée, sans sutures de la dure-mère, à travers le large orifice par lequel le cerveau fait une légère saillie en bouchon qui protège la cavité méningée.

Le pouls n'a faibli à aucun moment de l'opération, il reste bien plein à 60.

A midi au réveil, l'aphasie persiste encore, et le malade se plaint de la tête. Mais dans l'après-midi, il recommence à parler et se rend très bien compte de l'endroit où il se trouve. T. m. 37°,2.

13 février. — T. m. 37°. T. s. 37°,2. P. 64°.

Ce matin, le malade a bonne figure, l'air reposé, il ne souffre plus de la tête et s'exprime bien.

Voici quel changement, l'intervention a apporté en 24 heures à l'aphasie.

1° Pas de surdité verbale ;

2° Disparition de la cécité verbale ;

3° Persistance de l'aphasie motrice, mais à un bien moindre degré qu'hier. Il n'y a plus que quelques mots que le malade ne peut trouver (tel St-Antoine), mais qu'il épèle très nettement quand on les lui dit ;

4° L'agraphie a disparu.

Aucune parésie droite. Pas de lésion de la pupille à gauche. Nystagmus, rotation bilatérale assez accentuée.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — Le pus de la collection extradurale et celui de l'abcès cérébral se montrent à l'examen direct excessivement riches en microbes. Les espèces microbiennes sont multiples. L'élément prédominant est un tout petit diplocoque qui ne prend pas le Gram. On constate aussi la présence de nombreux bâtonnets fins, les uns courts, les autres allongés, qui ne prennent pas le Gram. Il y a en outre des chaînettes qui semblent être du streptocoque (prennent le Gram) et des éléments arrondis plus volumineux que les petits diplocoques, isolés ou groupés par deux, prenant le Gram (peut-être des staphylocoques). Enfin quelques groupements de tétragènes.

Les cultures en bouillon donnent au bout de 24 heures une odeur fétide intense.

16 février. — Depuis trois jours état excellent. Température normale. Aucune douleur. La plaie est en très bon état. Chaque jour le pansement est fait en deux temps : 1^o pansement du cerveau, complètement indolore. La surface cérébrale bourgeonne bien, sans présenter de tendance à la hernie. Le drain cérébral donne peu de pus sans odeur. Il tend à être expulsé. Chaque matin on le trouve presque sorti de son trajet; en dilatant celui-ci avec une pince de Kocher, on voit avec le miroir de Clas, un bourgeon au fond du trajet, derrière lequel sort un peu de pus quand on le soulève avec un stylet; 2^o pansement de l'oreille très douloureux.

Les tampons de gaze iodoformée, qui remplissent la cavité d'évidement, sont imprégnés d'une sécrétion verdâtre très fétide, fournie par les séquestres pariétaux qui existent encore dans l'antre. Désinfection soigneuse à l'eau oxygénée, en évi-

tant avec soin toute communication entre les deux étages de la plaie.

Donc tout va bien jusqu'à présent, et ce matin, après une bonne nuit, le malade s'est réveillé parlant bien, quand vers 10 heures du matin, il est repris brusquement d'aphasie motrice. sans aphasie sensorielle apparente : il ne peut plus prononcer correctement un seul mot. Il ne peut plus écrire son nom ; il trace « Thivement au lieu de Thin... », mais il peut le copier d'après un modèle.

D'ailleurs, aucun trouble parétique à droite, pas de raideur de la nuque, ni de troubles papillaires. Pupilles normales. La céphalée frontale reprend très vite. Cependant le pansement ne semble pas montrer de rétention de pus cérébral.

T. 37. P. 125.

17 février. — Pas de température. P. 80 bien régulier.

La céphalée fronto-temporale gauche est atroce et arrache des cris. Pas de troubles moteurs ni papillaires. Mais le signe de Kernig commence à apparaître. Réflexes rotuliens très exagérés, avec trépidation épileptoïde provoquée. Réflexes du coude et du poignet très nets. Cependant l'aphasie a notablement diminué.

PONCTION LOMBAIRE. — Elle donne, sous une pression très forte (tel un jet d'urine), du liquide céphalo-rachidien d'aspect normal, et qui après centrifugation ne présente aucun élément anormal au microscope.

Le retour de l'aphasie, la céphalée intense, l'hypertension cérébrale qu'indique cette ponction, et l'absence de rétention, au niveau du trajet de drainage cérébral, me font supposer qu'il doit exister un second abcès du cerveau sans doute plus en avant, et en avant, vers la corne antérieure du lobe temporal ;

et ne pouvant arriver à l'évacuer par une sonde introduite dans la plaie, je me décide à aborder le cerveau par la voie attéro-antrale.

Troisième opération (exploration du cerveau par la voie attéro-antrale).

Je fais sauter le toit de l'aditre et de l'attique, ainsi que ce qui reste en dedans du plafond de l'antré.

La brèche est pénible à faire, en raison de l'épaisseur de cette paroi. Les instruments travaillent obliquement et donnent vraiment peu de jour. Incision de la dure-mère et ponction cérébrale faite verticalement, de bas en haut et d'arrière en avant. Cette incision ne donne pas de pus. Un stylet introduit par là rencontre un autre stylet qui pénètre par le trajet postérieur préexistant. Plusieurs ponctions en divers sens me font toujours tomber dans la cavité abcédée, qui semble unique et très étendue.

18 février. — T. hier soir 38,5.

T. m. 38,5. P. 100. Retour complet de l'aphasie motrice (aphasie et agraphie). Cécité verbale très accentuée sans surdité verbale. Céphalée violente. Nystagmus rotatoire. Opistotonos accentué. Trépidation épileptoïde provoquée, surtout au pied gauche. Réflexes excessifs, soubresauts tendineux.

19 février. — T. 36,8. T. s. 37. P. 84 régulier.

Le malade semble plus reposé. L'aphasie s'atténue un peu. Néanmoins deux signes m'inquiètent ; la persistance de la raideur de la nuque et le retour de l'amaigrissement rapide.

Au pansement, en retirant le drain, et examinant son trajet, avec l'éclairage frontal, et un spéculum d'oreille (ceci naturellement par la voie temporale, la brèche attéro-cérébrale ayant été abandonnée comme impraticable à un pansement sérieux) je

constate pour la première fois, sans doute par suite de la chute d'un bourgeon qui les jours précédents me masquait sa vue, une vaste cavité dont les dimensions me déroutent. Un stylet coudé s'y meut librement, comme en une énorme caverne, à parois lisses. La dilatation du trajet du drain avec un spéculum noir, montre la paroi interne de cette cavité rose, de bon aspect mais soulevé par des battements artériels intenses. Cette cavité semble vide.

Il est facile de la mesurer. Elle a d'avant en arrière 11 centimètres, de H. en B 3 centimètres, de dedans en dehors 4 centimètres, soit une capacité d'environ 100 centimètres cubes.

Je repère ces mesures sur un cerveau sain et constate qu'il faut admettre que la suppuration a détruit ou refoulé toute la substance blanche du lobe temporal, et repoussé très en dedans, la paroi externe du ventricule latéral, lequel ne semble pas avoir été envahi, attendu que le liquide céphalo-rachidien est normal et que les réactions méningées semblent, plutôt dues à un traumatisme opératoire, en raison de leur développement progressif et de leur expression atténuée.

Localement : plaie temporale en bon état ; au contraire, légère hernie grisâtre du cerveau, par la brèche attéro-cérébrale, cette hernie est due à l'infection profonde de cette cavité qu'il n'est pas possible de supprimer tout à fait.

20 février. — Céphalée violente. Cependant le Kernig a disparu. Température normale. Le malade se tient debout, sans vertige et marche correctement. L'aphasie diminuée.

24 février. — Pas de fièvre, mais toujours de la céphalée violente, et un peu de somnolence qui nous inquiètent. Retour du Kernig, de la raideur de la nuque, de l'exagération des réflexes. Pouls 80.

Cependant le drainage cérébral fonctionne bien. La grande cavité de l'abcès peut être inspectée au spéculum, par la voie temporale, elle garde ses dimensions, on dirait que ses parois s'indurent et ne peuvent se rétracter. Mauvaise odeur du pansement de l'oreille, on retire des séquestres de la caisse.

26 février. — *Statu quo*. Pas de troubles papillaires. Papilles normales. Pas d'hémiopie. Le Dr Manay veut bien faire un examen complet du malade, au point de vue des troubles de la parole, et me remet sur lui l'intéressante note suivante :

EXAMEN DES TROUBLES DU LANGAGE. — 1° *Aphasie motrice légère*. — Quelques mots ne peuvent être prononcés mais le malade semble en avoir conservé une image, car il sait combien de syllabes composent ce mot. Ainsi le mot « dîner », ne peut être répété, il en ignore le sens, ne peut l'écrire sous dictée, mais peut en compter les syllabes, quand un mot ne se présente pas, si on le fournit au malade, l'action de répéter se fait parfaitement.

2° *Aphasie sensorielle A*. — Pas de surdité verbale vraie. Le malade comprend tout ce qu'on lui dit. Mais il a souvent de la paraphasie. Il prononce des mots pour d'autres, il ajoute des syllabes nouvelles qui déforment les mots, et donnent certain degré de jargonaphasie.

b). — Pas de cécité verbale vraie. Le malade peut lire ; il affirme qu'il comprend, ce qu'il lit mentalement d'ailleurs, il explique de mémoire ce qu'il vient de lire. Mais la lecture à haute voix est presque impossible ; les mots s'embrouillent, sont dits les uns pour les autres, d'où résulte la jargonaphasie.

3° *Agraphie*. — L'écriture est assez correcte ; cependant il écrit St-Antoinne au lieu de St-Antoine.

L'écriture sous dictée est à peu près impossible.

L'écriture copiée sur imprimé est correcte.

En résumé : Lésion sous-corticale probable, ayant diminué mais non interrompue complètement les relations qui unissent les trois centres.

30 Circonf. frontale . . . Aphasie motrice

10 Circonf. temporale . . . Surdité verbale

Pli courbe . . . C c t  verbale

en respectant ses centres eux-mêmes.

10 mars. — La cavité de l'abcès cérébral, facilement explorée avec le stylet mousse, ne semble présenter aucune tendance à se reproduire : ses parois sont isolées, mais bourgeonnent peu. Pour activer le travail de réparation, j'installe dans le trajet un centimètre cube d'eau oxygénée à 12 volumes à chaque pansement.

7 mars. — Le malade continue à se plaindre de maux de tête violents mais intermittents, sus-orbitaires gauches. Un vomissement. Température normale. Pouls régulier à 80. Tous les symptômes d'irritation méningée ont disparu, sauf un peu d'exagération du réflexe rotulien gauche. Les troubles de la parole ont considérablement diminué, il n'y a plus d'hésitation que pour les noms propres. L'écriture est très correcte.

Néanmoins le malade gémit : il est triste, pleureur, il a des idées de suicide.

La suppuration cérébrale est presque nulle. Depuis l'emploi de l'eau oxygénée, la cavité s'est rapidement comblée par bourgeonnement, on retire le drain.

10 mars. — Tentatives de suicide (D fenestration).

15 mars. — Disparition des maux de tête. Mais quand on introduit un porte-coton imbibé d'eau oxygénée, dans le trajet

du drain, qui persiste encore, on provoque l'apparition subjective de flammes devant l'œil gauche.

18 mars. — Plaie cérébrale fermée. Le malade ne souffre plus et descend se promener au jardin, il est très gai. Etat mental d'enfant avec pleurs abondants à la moindre souffrance, ou quand on le contrarie.

18 avril. — Etat général excellent. La plaie cérébro-temporale est absolument cicatrisée. La cavité d'évidement est à peu près épidermée.

Janvier 1903. — La guérison s'est maintenue, la tristesse du malade a fait place à la joie de vivre : il est fiancé.

L'état intellectuel est excellent, puisqu'il est actuellement professeur de cinquième au collège, il y a six mois qu'il n'y a pas eu de céphalée. L'aphasie a complètement disparu. Pas de cicatrice apparente. L'oreille moyenne est bien épidermée.

CONCLUSIONS

1° Les abcès intra-craniens présentent le plus fréquemment une origine otitique.

2° Leur siège est peut-être péri-pétreux et sous-dure-mérien. Il occupe l'étage moyen. Mais il s'accompagne dans d'autres cas de collections cérébrales proprement dites ou de foyer dans la loge cérébelleuse.

3° Leur diagnostic est difficile à établir avec les autres complications des otites, mais on peut généralement les distinguer des inflammations méningées diffuses. Les collections de la loge cérébelleuse se reconnaissent facilement quand elles s'accompagnent du syndrome cérébelleux.

4° Aussi convient-il comme premier temps opératoire, sauf peut-être dans les cas, où il y a un signe de localisation indubitable, de commencer par l'ouverture de la mastoïde. Cette intervention doit être précoce, afin d'éviter la diffusion de ces abcès ; elle permet d'arriver

facilement sur le foyer principal intra-cranien. Quand il existe un foyer cérébral distinct ou une collection cérébelleuse on peut aussi employer la voie mastoïdienne.

Vu : le président de la thèse

BERGER

Vu : le Doyen de la Faculté,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

